

DOSSIER 58

## De l'alimentation à la santé

**P5** Si la santé  
*nous était contée...*

**P11** Le choix  
*d'Ilona Kickbusch*  
en cinq livres

**P42** Julia Roberts  
*regards d'ados*



# Vous travaillez dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou du social ?

# LA Santé de l'homme



## Un outil de travail et de réflexion pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



### Je souhaite m'abonner au tarif :

- France métropolitaine 1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine 2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants 1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros) **38 €**

• Soit un montant de ..... €

### Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Éducation des patients... formation des soignants, N° 341.
- Famille et santé, N° 343.
- Pratiques créatives, N° 344.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.
- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.

• Soit un montant total de ..... €

Ci-joint mon règlement par  chèque bancaire  chèque postal à l'ordre du CFES.  Veuillez me faire parvenir une facture

Nom .....

Prénom .....

Organisme .....

Fonction .....

Adresse .....

Date et signature : .....

- 4 Éditorial**  
L'éducation pour la santé, un enjeu citoyen  
*Alain Douiller*
- 5 Aide à l'action**  
Si l'éducation pour la santé nous était contée  
*Anne Degroux*
- 11 International**  
La carte n'est pas le territoire : cinq perspectives sur la manière d'interpréter le monde de la santé  
*Ilona Kickbusch*

## Dossier : P. 15 à 44 - De l'alimentation à la santé

### Alimentation : bien-être, plaisir et santé

*Michel Dépinoy* ..... 16

### Comportements, représentations et pratiques

#### Les Français, l'alimentation et la santé

Résultats d'une étude qualitative auprès des 18-50 ans

*Stéphanie Pin, Jean-Pierre Loisiel, Agathe Couvreur* ..... 17

#### Les apports des sciences humaines et sociales à la compréhension des comportements alimentaires

*Jean-Louis Lambert et Jean-Pierre Poulain* ..... 21

### Richesse et diversité des actions

#### L'ogre du Nord-Pas-de-Calais

*Christelle Duchêne* ..... 25

#### « Mon resto en l'an 2002 »

*Jean-Christophe Azorin, Danièle Alart, Hélène Sancho-Garnier, Bruno Housseau* .. 27

#### Des rencontres-formation pour les collèges et lycées de Languedoc-Roussillon

*Anne Brozzetti, Christelle Picca, Claude Terral* ..... 29

#### Une expérience de santé communautaire centrée sur l'alimentation dans des quartiers en difficulté

*Jean-Louis Grenier, Fanny Bracq, Nathalie Duthieuv, Jacqueline Denis, Florence Urbain, Martine Bulle, Sabine Boidin, Sophie Terrier, Agnès Delepaut* ..... 30

#### Un dispositif national : une cohérence pour plus d'efficacité

#### L'éducation pour la santé dans le Programme national nutrition santé

*Michel Chauviac* ..... 33

#### Mieux manger construit notre santé

*Florence Condroyer* ..... 35

#### Informé et mobiliser le grand public

*Corinne Delamaire* ..... 36

#### L'implication des professionnels de santé dans le dispositif national

*Corinne Delamaire* ..... 37

#### Vivre le corps que je suis !

Gourmandise en prose  
*Philippe Lecorps* ..... 38

#### École : éducation nutritionnelle et au goût

*Christine Kerneur et Michel Massacret* ... 39

#### Des élèves plus soucieux de leur alimentation

Entretien avec *Daniel Maslanka* ..... 40

#### Un fonds documentaire et pédagogique minimum en éducation nutritionnelle

*Anne Sizaret* ..... 41

#### Pour en savoir plus

*Anne Sizaret* ..... 42

- 45 La santé en chiffres**  
La douleur vécue par les hommes et les femmes  
*Georges Menahem, Philippe Guilbert*

- 46 Cinésanté**  
Erin Brockovich  
*Michel Condé*

- 49 Éducation du patient**  
Contribution d'une association de lutte contre le sida à l'éducation du patient atteint par le VIH  
*Maryse Kerrer*

- 52 Lectures – Outil**  
*Anne Gareau, Philippe Roppers*

*Au dossier du prochain numéro : la santé mentale*

# L'éducation pour la santé, un enjeu citoyen

Lorsque vous lirez ce numéro de *La Santé de l'homme*, un président de la République française aura été élu pour un quinquennat pour la première fois dans l'histoire de la V<sup>e</sup> République. 2002 deviendra ainsi – quelle que soit l'issue du vote ! – une date politique particulière. Sera-t-elle également une année que retiendra l'histoire de l'éducation pour la santé ?

Il y a en tout cas fort à parier que durant ces cinq prochaines années, des évolutions importantes surviendront dans notre champ. Non que notre discipline soit devenue un enjeu électoral majeur et subisse des évolutions radicales. La

***La prévention et la place que l'éducation pour la santé peut y prendre, ont fait leur apparition dans les programmes et les préoccupations politiques.***

santé et la prévention font même plutôt partie des thèmes politiques les plus consensuels... et il s'agit bien là d'une curiosité assez inexplicable. Si l'on considère, en effet, les dimensions idéologiques et humaines très engagées contenues dans la Charte d'Ottawa ou dans les travaux de l'Organisation mondiale

de la santé, qui ont permis de rédiger la célèbre définition de la santé en 1946\*, cette unanimité peut en effet étonner : la Charte d'Ottawa définissait, en effet, la promotion de la santé selon cinq axes : orienter les services de santé, élaborer des politiques prenant en compte la santé publique, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire et acquérir des aptitudes individuelles. Et les travaux de l'OMS ne prétendent-ils pas que les conditions préalables à la santé des individus et des populations doivent être un revenu, un toit et la paix ?

Ces visions de la santé, de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé sont donc loin d'être idéologiquement neutres. Elles font pourtant désormais référence pour la majorité des acteurs de prévention. Les mots perdraient-ils de leur sens ? Ou la signification de ces postulats n'aurait-elle pas encore fait l'objet de véritables débats idéologiques et politiques ?

Si la prévention et la place que l'éducation pour la santé peut y prendre, ne sont certes pas devenues des enjeux électoraux essentiels, elles ont tout de même fait leur apparition dans les programmes et les préoccupations politiques. Il semble même que l'on assiste depuis quelques années, en France, à une accélération de l'histoire de toute la santé publique et de son organisation publique. Les différents scandales sanitaires : sang contaminé, farines animales, amiante, ont sans doute joué un rôle déclencheur pour que la prévention devienne un sujet politiquement digne d'intérêt. Il n'y a qu'à observer le développement considérable des organismes publics d'observation et de contrôle de la santé ces dernières années pour s'en convaincre. Certes plus tardivement, l'éducation pour la santé est, elle aussi,

reentrée à son tour dans les projets de structuration de la santé publique par les pouvoirs publics : la loi du 4 mars 2002 en fait, explicitement et pour la première fois, une mission de service public.

Ce numéro de *La Santé de l'homme* est ainsi l'un des derniers publiés par le Comité français d'éducation pour la santé. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé verra, en effet, bientôt le jour en lieu et place du CFES, avec des missions plus étendues – vers la recherche et la formation notamment – et une reconnaissance officielle plus grande du fait d'un statut d'agence publique et non plus d'association comme l'était le CFES. Sans doute doit-on se réjouir de cette évolution qui aidera un peu plus l'éducation pour la santé à se structurer, à être plus exigeante sur ses fondements, sur ses valeurs et ses méthodes. Faute de moyens, de méthode et d'organisation, le bricolage et la précarité prévalent, en effet, encore trop souvent dans notre discipline. Et ils ne sont pas toujours bons conseillers lorsque la santé, les comportements et l'éducation des citoyens sont en jeu. Mais l'éducation pour la santé ne doit-elle pas être précisément un enjeu citoyen bien avant une préoccupation technocratique ? Comment donc structurer ce champ de la prévention et de l'éducation pour la santé, professionnaliser les démarches, les méthodes et les structures, sans les vider de leur engagement humain, de leur indépendance citoyenne, voire de leur dimension subversive ? La gageure de ces prochaines années réside peut-être bien dans ce fragile équilibre à trouver : entre un univers d'initiatives, de méthodes, de professionnels et de structures à renforcer, et un ancrage dans les réalités humaines, sociales et citoyennes à ne pas perdre (« *la vraie vie des vrais gens* » disent les Guignols).

Il est alors sans doute l'heure de mettre en œuvre et à l'épreuve nos principes et ceux de la Charte d'Ottawa. En ne nous préoccupant pas seulement des comportements des publics auxquels sont destinés nos programmes, mais en étant aussi attentifs aux conditions de vie et d'environnement qui façonnent ces comportements. En nous adressant aussi aux décideurs économiques, administratifs et politiques qui décident de la santé bien autant que les citoyens. En organisant, enfin, les conditions d'une participation réelle des publics aux actions que nous mettons en œuvre. Et une participation qui n'instrumentalise pas et ne serve pas surtout à se donner bonne conscience.

Née en 1942 dans un environnement influencé autant par des préoccupations humanistes que par des velléités de contrôle social de bien triste mémoire, *La Santé de l'homme*, soixante ans plus tard, sera sans doute encore un témoin et un observateur privilégié de l'éducation pour la santé française.

**Alain Douiller**  
Rédacteur en chef.

\* Pour plus de détails sur les péripéties passionnantes de cette définition, lire l'article rédigé par Jean-Pierre Deschamps dans le n° 325 « Peut-on promouvoir la santé ? » de cette même revue.

## Un nouveau départ pour la rubrique « Aide à l'action »

### Échanger sur les outils, les méthodes, les actions

Prendre la charge d'une rubrique c'est rêver que les textes publiés soient utiles, vivants et permettent à chacun d'y puiser d'autres expériences, de nouvelles idées, questions ou réflexions. Ni livre de recettes ni foire aux outils, cette rubrique doit être avant tout un espace pour prendre du recul, mais aussi pour donner envie d'aller explorer de nouvelles pistes.

Nous souhaitons qu'elle soit aussi un lieu permettant de partager ce qui fait notre quotidien dans la mise en œuvre d'actions et que nous gardons souvent pour nous, faute de temps ou faute d'y déceler suffisamment d'intérêt pour faire l'objet d'un article. Mais pour que ces pages soient régulièrement alimentées, les auteurs potentiels doivent sortir de leur réserve et cesser d'être trop modestes. Cette rubrique ne sera une véritable aide l'action que si elle permet d'enrichir les pratiques de chacun. Et qui mieux que les acteurs eux-mêmes peuvent parler de ce qu'ils font ?

Anne Laurent-Beq

# Si l'éducation pour la santé nous était contée

**Si la psychanalyse avec Bruno Bettelheim s'est déjà intéressée au sens et à l'utilité des contes, l'éducation pour la santé pourrait elle aussi y trouver des ressources pédagogiques pertinentes. Anne Degroux le démontre à partir d'une réflexion et d'exemples de contes africains sur la sexualité.**

*Si tu racontais cette histoire à un vieux bâton, il reprendrait feuilles et racines.*

Henri Michaux

La construction des messages en éducation pour la santé fait de temps en temps appel aux histoires. Mais le plus souvent, le discours construit fait peu place à l'imaginaire. Il est pourtant des pays qui, depuis tous temps, utilisent le récit et le conte en particulier pour transmettre aux enfants une vision du monde, régler les conflits... En Afrique sub-saharienne, grands et petits se rassemblent pour écouter ces histoires qui mettent en scène des animaux pour mieux leur parler d'eux. Et si ces histoires nous parlaient aussi de nous ? Si le réalisme de certains messages en éducation pour la santé laissait la place à l'imaginaire ? Et si l'éducation pour la santé nous était contée ?

### Le conte, un récit aux multiples fonctions

Le conte est avant tout un processus de communication : d'un côté, des paroles contées, de l'autre, des émotions suscitées voire exprimées (rires,

exclamations, commentaires, etc.). Outre et par son rôle de divertissement, le conte joue un rôle éducatif grâce à l'ensemble de ses caractéristiques :

- il est une matière orale où tout n'est pas détaillé ; l'auditeur est renvoyé à un travail d'imagination et d'interprétation. Chaque auditeur est actif dans le processus du conte : au-delà des mots, il leur donne un sens propre. Imaginer un conte est un jeu et un plaisir ;
- le conte est un rite social : il valorise les valeurs et les règles sociales de la communauté : la patience, le respect des interdits, des aînés et des modes de vies... Il fait le lien entre le désir individuel et la coutume communautaire. La tradition orale liée aux contes renvoie à la sociabilité de la communauté. Dans certains cas, elle remplit une fonction de régulation des conflits ;
- il pose les questions universelles de l'homme, les questions fondamentales de partout et de toujours : les relations

de l'homme avec ses semblables, de l'individu avec la société, de l'homme par rapport à la femme, du cadet avec l'aîné, du vieillissement et de la mort, de la sexualité... Ces questions ne sont pas toujours formulées directement, mais plutôt suggérées dans un monde irréel ;

- les contes permettent d'accéder à la complexité du monde. Ils ne montrent pas uniquement le *beau côté des choses*, mais présentent la vie telle qu'elle est : la vie n'est pas si simple ; les hommes ne sont pas forcément bons, etc. Ils donnent la possibilité à l'enfant de se délivrer de dilemmes, d'angoisses. Il découvre la dualité bien/mal présente en chacun et la nécessité de lutter pour faire face aux difficultés de la vie. Ressentir ces émotions permet à l'enfant d'apprendre à les gérer et à les dépasser (1) ;
- les contes sont aussi une manière d'initier, d'éduquer de manière plus intuitive que par l'utilisation de faits réels et d'enseignements rationnels.

forte où le conte tient une place importante. Les récits sont racontés à tout âge, sans être simplifiés ni édulcorés. Se pencher sur ces contes est également une manière de s'ouvrir à ces cultures.

Sur cette partie du continent africain, la transmission de la tradition est l'affaire de tous : famille, griots, conteurs, et particulièrement lorsqu'il s'agit de l'éducation des enfants. Le conte est généralement dit aux jeunes par les anciens, à la tombée de la nuit.

Les héros des contes traditionnels africains font référence à un système de valeurs et incarnent, suivant les cas, les vertus qui les mènent à la réussite sociale ou les défauts qui les conduisent à leur perte. Ils mettent souvent en scène des animaux et des qualités récurrentes, comme la prudence, la générosité et la pudeur ; la ruse, indispensable pour se défendre contre les forces malfaisantes ; une bonne compréhension de la société, notamment les attitudes et comportements de ses membres ; la dignité.

Ces contes africains<sup>1</sup> sont racontés à tous, sans distinction d'âge et tout au long de leur vie, alors qu'en occident, ils sont destinés principalement aux enfants et sont peu répétés, la répétition étant souvent considérée comme une perte de temps.

À chaque âge, ce qui est compris, interprété et donc imaginé est différent, en fonction du vécu de chacun, de ses compétences et de ses besoins à un moment précis de son existence. Ainsi, un même conte peut changer de signification au cours de la vie et apporter des choses très différentes.

## Pourquoi les contes merveilleux et animaliers ?

Le conte merveilleux se caractérise par son côté fictif, surnaturel : il n'est ni policé, ni moral, et il s'y passe souvent des choses qui seraient considérées comme atroces ou immorales dans un autre contexte.

Bien que basé sur des repères familiers, le conte merveilleux est coupé de la réalité – espace, temps, personnages et créatures propres – et est « balisé » – *il était une fois ; ils vécurent heureux...*

Cette approche semble intéressante en matière de santé, domaine où l'irrationnel et les représentations individuelles influent fortement.

## Le conte, un outil en éducation pour la santé

À travers ses multiples fonctions, le conte éclaire son auditeur sur le monde qui l'entoure et sur lui-même. Par le développement de compétences personnelles et par la relation privilégiée qui s'établit entre le conteur et son auditoire, les contes participent à

l'éducation pour la santé. Quel potentiel ont ces récits en éducation pour la santé particulièrement dans le cadre d'actions de proximité ?

## Les contes d'Afrique sub-saharienne

La réserve de récits est inépuisable. C'est pourquoi nous nous limiterons à quelques exemples puisés dans la tradition d'Afrique sub-saharienne.

Pourquoi l'Afrique sub-saharienne ? Ses cultures ont une tradition orale

## Conte Hausa du Niger : La grenouille, la poule et le chat (4)

« Ces trois amis veulent faire ensemble une maison à trois ; la grenouille répond : « Moi, depuis ma naissance, j'ai trouvé mes parents habitant dans l'eau, moi je ne peux pas vivre dans une maison ». On demande maintenant l'avis du chat, le chat répond : « Moi, depuis ma naissance jusqu'à présent, je n'ai pas vu mes parents logés dans une maison et comment voulez-vous que moi je loge dans une maison, nous sommes habitués à nous coucher sur des arbres même s'il pleut ». Alors la poule construit toute seule sa maison, c'était en hivernage. Alors ces trois amis vivaient comme ça ensemble. Un jour, arrive une forte tornade avec du vent de sable, la grenouille court trouver la poule : « Mère poule, vous me permettez de rentrer chez vous ? ». La poule répond : « Non, grenouille, quand je vous ai dit de construire ensemble, vous avez refusé, et moi aussi je ne permets à personne de rentrer dans ma maison ».

Alors la grenouille voit bien que la poule ne veut pas la laisser entrer dans la maison, la grenouille crie à toute voix : « Chat, chat, viens vite manger la poule » ; et la poule a beaucoup peur du chat. Elle dit tout doucement à la grenouille : « Entre vite, je veux fermer ». Et la grenouille entre. Au moment que la grenouille est rentrée dans la maison, elle demande à la poule : « Mère poule, je peux me coucher sur ton lit ? ». La poule répond : « Espèce d'imbécile, quand je vous ai demandé à faire une maison ensemble, vous avez refusé, et je refuse à ce que tu te couches sur mon lit ».

Au moment que la grenouille voit bien que la poule ne veut pas la laisser monter sur le lit, la grenouille a crié : « Chat, chat, viens dévorer la poule ». La poule répond à la grenouille : « Monte sur le lit ». Après un instant, la grenouille demande à la poule : « Mère poule, je veux toucher tes poils ». La poule répond : « Espèce de sauvage, me toucher mes poils, tu n'es pas fou ? La grenouille cria : « Chat, chat, viens manger la poule ». La poule répond à la grenouille : « Touche mes poils et ferme ta bouche à appeler tout le temps le chat ».

Au moment que la grenouille a touché les poils de la poule, la grenouille demande encore à la poule : « Mère poule, je peux toucher ta matrice ? ». La poule répond : « Espèce de bâtard que tu es, toucher ma matrice, tu es gonflé toi, grenouille, merde ».

Au moment que la grenouille voit bien que la poule n'aime pas lui laisser toucher sa matrice, elle commence à crier : « Chat, chat, viens manger la poule ». La poule répond : « Touche, je te laisse toucher, n'appelle plus le chat ».

Au moment que la grenouille a touché la matrice de la poule, la grenouille demande à la poule : « Poule, je peux mettre mon bangala ? ». La poule répond : « Mettre ton bangala, tu n'es pas fou ? ». Alors la grenouille commence à crier fort : « Chat, chat » ; alors la poule dit : « Mets ton bangala ». La grenouille met son bangala. Après elle demande à la poule : « Je peux pomper ? ». La poule répond : « Pompe, pompe, pompe, pompe, pompe ». Alors la poule cria tout : « C'est doux, c'est doux, pompe fort. Je suis très contente, pompe. Pompe fort, c'est sucré, c'est bien sucré ». »

Un pacte implicite est passé entre le conteur et l'auditeur : ce dernier feint de croire à l'univers merveilleux qui lui est conté et peut laisser libre cours à son imagination, tout en sachant qu'il est à l'abri. Il est alors possible d'aborder tous les sujets, notamment les plus difficiles ou dérangeants : la mort, l'inceste, etc. Et si certains moments paraissent trop effrayants, l'auditeur peut décider de ne pas les entendre ou les visualiser.

Le sujet central du conte merveilleux est le déséquilibre ; au départ, il existe une situation stable que quelque chose ou quelqu'un vient perturber. L'enjeu du conte est alors la résolution, le dépassement de ce déséquilibre par une action ou un acte pour revenir à une situation stable (2).

Au final, une situation stable, parfois différente de la situation initiale, est rétablie.

Les contes animaliers quant à eux constituent une catégorie de récits à part entière. Ils ne font pas partie des contes merveilleux : les personnages y sont des animaux qui font des choses inhabituelles. De plus, les animaux sont des éléments et symboles clés des cultures d'Afrique subsaharienne.

### La prévention comme pratique sociale

Il faut aborder les contes africains en ayant à l'esprit que : « Dans de nombreuses sociétés africaines, on peut entendre par comportement de prévention toute volonté d'agir confor-

mément à la loi sociale, dans la mesure où la maladie peut être conçue comme une sanction infligée par une puissance surnaturelle, la résultante d'un manquement à ses devoirs ou d'une transgression d'interdit » (3). Ainsi, « la maladie est une chose dans laquelle les sujets ont une part de responsabilité et que leurs conduites peuvent contribuer à prévenir, même si ces conduites ne sont pas orientées vers l'entretien du corps. »

### Quand la sexualité est racontée

Parmi les contes africains, nombreux sont ceux qui abordent directement ou indirectement la sexualité. Ces contes sexuels et d'éducation à la vie sont en général racontés devant tout le monde, enfants compris. Ils ne leur sont pas censurés ; et même plus qu'un public toléré, les enfants en sont la cible principale. En effet, les contes sexuels sont avant tout considérés comme des récits pédagogiques sur l'anatomie – notamment la différence homme/femme –, l'accouplement et la procréation. Outre cet apport de connaissances, nombre de ces contes sont utilisés pour dédramatiser les représentations que les enfants ont à ce sujet.

Racontés soit par des conteurs devant un large public, soit à la maison (de la mère à la fille ou du père au fils), ces contes autorisent le recours à des termes moqueurs, crus, grossiers voire obscènes en particulier relatifs aux organes génitaux. Ce langage, peu utilisé dans la vie sociale courante, est délibérément employé pour provoquer des rires, afin de relancer la narration et soutenir l'attention de l'auditoire. L'ambiance joyeuse et comique créée permet d'atténuer la charge émotionnelle du conte, de dédramatiser.

Mais derrière la crudité des mots, se dissimule un contenu pudique : les organes sexuels ne sont pas décrits et les détails concernant le coït ne sont pas directement mentionnés, juste parfois de manière symbolique. Les contes sexuels ne constituent donc pas un ensemble de techniques, un mode d'emploi de la sexualité ; ils retracent de manière symbolique les organes et leur fonctionnement dans le cadre des règles sociales communautaires.

Ils sont donc pragmatiques sur les comportements et situations qu'ils induisent, mais elliptiques sur le plan de la connaissance physiologique. Les informations transmises concernent : la maturation sexuelle, la différence des sexes, le rôle respectif de chacun dans l'accouplement et la vie sociale.

## Une parole pour l'adulte

Non considérés comme érotiques, les contes sexuels africains sont plus que de simples divertissements pour les adultes. Ils reflètent les angoisses de chaque sexe (castration, stérilité, impuissance, etc.) par rapport à l'acte sexuel. Le ton et les mots employés permettent de dédramatiser leurs inquiétudes et même parfois de désamorcer des conflits à ce sujet.

## Une parole pour l'enfant

Comme « *pour l'enfant, la grande énigme est le mystère du sexe ; c'est le secret d'adulte qu'il désire découvrir* » (1), les contes sexuels africains permettent de répondre à la préoccupation sexuelle enfantine.

« *Le premier mérite des contes africains mentionnant les noms des parties sexuelles, les animant et les érigeant en acteurs, réside dans cette mention même. Rencontrant l'investigation inquiète de l'enfant, elle lui confère de ce seul fait un droit d'existence, elle lui reconnaît une légitimité,* »

*mité, elle la rend honorable. Et même si, à l'implicite questionnement du jeune individu ses réponses sont parfois un peu courtes, si au « pourquoi des sexes ? » le narrateur répond que c'est parce qu'un chasseur en a trouvé en forêt, il ne faut pas déplorer trop vite le faible contenu informatif (...), car elle laisse entendre qu'il n'y a point de honte à s'intéresser à son corps et à celui d'autrui, à tenter de comprendre les liens charnels entre les sexes, à s'intéresser à la reproduction humaine » (4).*

Ainsi, à la différence des contes occidentaux qui relèguent l'apprentissage de ce savoir à plus tard, en particulier au mariage – *ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants* –, les contes africains disent qu'il est normal que « *l'enfant, aux organes peu développés, s'intéresse (...) à sa conformation, à celle d'autrui, à leurs usages* » (4).

Toutes les informations n'étant pas divulguées et les situations décrites étant irréelles, magnifiées et contradictoires, l'enfant doit faire « *un travail de décodage des données symboliques qui lui sont soumises* » (4). C'est donc une sorte de puzzle qu'il doit reconstruire, en faisant ses choix. Ainsi, via les contes sexuels, l'enfant sait que « *de même qu'il existe deux sexes, il y a aussi diverses conceptions relatives aux données biologiques et divers vécus affectifs relatifs aux actes qu'ils entraînent* » (4).

L'utilisation des organes génitaux comme personnages à part entière permet à l'enfant d'imaginer l'acte sexuel de manière décalée, distancée, sans mettre en scène des êtres réels, donc, indirectement, ses propres parents. De plus, la réduction des personnages à des organes génitaux permet une mise à distance nécessaire à l'appropriation graduelle de la sexualité par les enfants.

Sur le plan du contenu, « *sont abordés aussi bien le détail des organes reproducteurs que les données d'anatomies comparées, le rôle des sexes dans le coït et les mécanismes de la procréation. Sont pris en compte aussi bien les problèmes d'identité sexuelle de l'enfant que ses rapports avec les activités charnelles parentales* » (4).

## Le conte pour renforcer les compétences psychosociales

Bien plus qu'une simple transmission d'informations ou de conseils sur la manière de se conduire, le conte incite chacun à trouver ses propres réponses et solutions en méditant ce que le conte lui donne à entendre sur lui-même et ses conflits intérieurs à un moment de sa vie.

L'objectif du conte n'est donc « *pas de fournir des informations utiles sur le monde extérieur, mais de rendre compte des processus internes, à l'œuvre dans l'individu* » (1).

Dans l'enjeu central du conte, la résolution d'un déséquilibre, on retrouve les phases du vécu émotionnel d'une situation de crise : état stable → désorganisation, perte des repères → insécurité, mal-être → espace transitionnel → tentatives pour rétablir un équilibre → construction de nouveaux repères → état stable.

## Quand le conte et l'éducation pour la santé se rejoignent

Le même processus est mis en œuvre dans la relation éducative en matière de santé. L'action en éducation pour la santé peut venir désorganiser les représentations des participants. Dans l'état « stable » initial, incluant ces représentations, l'intervention vient introduire de nouvelles représentations ou données qui peuvent déstabiliser. Afin de retrouver un équilibre, chacun doit alors se construire de nouveaux repères. On peut donc dire que l'action en éducation pour la santé est un itinéraire de déconstruction et de reconstruction d'un équilibre personnel à un autre.

Bien que virtuel, le conte participe au développement des compétences individuelles permettant de surmonter et résoudre des situations de crise, et donc à l'organisation de l'identité. « *Le sujet découvre (...) qu'il peut ressortir d'une crise à la fois différent et pourtant toujours identique à lui-même, dans un contexte « d'identité ».* Son rapport à l'inconnu et à la nouveauté est également transformé, car la confiance dans ses propres capacités latentes, encore inconnues et non développées, est renforcée » (5).

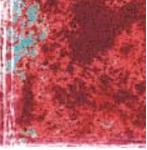
### Conte Samo de Haute-Volta (4)

« *Comme mon histoire vient...<sup>2</sup> Il s'agit d'un pénis, des couilles et du vagin.*

*Un jour, ils décidèrent d'aller manger des fruits de karité. Arrivés dans le verger des karités, ils ramassèrent des fruits et se mirent à manger ; et le pénis en offrait au vagin, tandis que les testicules, eux, ne lui offraient rien. Or, pendant qu'ils mangeaient leurs karités, voilà qu'un gros orage se leva et éclata violemment.*

*Alors le pénis demanda au vagin de le laisser entrer se protéger de la pluie. Le vagin ayant accepté, aussitôt le pénis vint en courant et s'engouffra dans le vagin. Les testicules aussi voulurent venir, mais le vagin leur signifia qu'il n'y avait pas de place.*

*C'est pour cela que le pénis peut rentrer dans le vagin, tandis que les couilles restent dehors. Ma grosse histoire s'arrête là. »*



créant et en contant un conte, on peut transformer sa souffrance en quelque chose de positif, d'avantageux. De plus, cette *transformation* peut être utile aux autres.

Outre les compétences psychosociales, le conte peut être une occasion d'ouverture culturelle : un enrichissement grâce à la différence. Chaque culture a un rapport différent au corps, à l'intime, à la mort, au groupe, etc. et donc à la santé. Le conte peut donc être envisagé comme un outil d'éducation pour la santé *stricto sensu*, mais aussi de communication interculturelle, voire même pour aborder les droits de l'homme et de l'enfant.

## **Des idées pour des actions à destination de populations migrantes**

Une analyse de ces contes permet de mieux connaître les représentations de la santé et de la prévention des populations d'Afrique sub-saharienne. Il semble donc intéressant de mener des actions d'éducation pour la santé à destination des populations migrantes – enfants ou adultes – en utilisant leurs contes ou les protagonistes de ces contes, et mieux encore, en s'assurant la collaboration d'un conteur. Ces contes leur étant familiers, ils « leur parlent » de manière plus explicite que d'autres contes ou référentiels. Dans cette optique, le conte est également un vecteur d'échanges entre des communautés de différentes origines.

Quelle que soit l'utilisation des contes en éducation pour la santé, certains écueils sont à éviter, en particulier la tentation de tout dire, de tout expliquer ; le conte n'est pas totalement rationnel : il s'y passe des choses étranges voire atroces. Préalablement à l'utilisation de contes, il faut donc, comme dans toute démarche d'éducation pour la santé, s'interroger sur les ressorts sur lesquels ils s'appuient, les sentiments et réactions qu'ils peuvent susciter, et vérifier leur adéquation avec les objectifs éducatifs.

## **De la déstabilisation à la reconstruction d'un équilibre**

Les contes participent à la construction, la déconstruction et la reconstruction de sens grâce aux émotions ressenties (doute, incertitude, peur, joie). Le temps du conte est un temps hors

Ainsi, la narration des contes peut constituer une activité éducative qui renforce les compétences psychosociales et donc participe à la promotion de la santé<sup>3</sup> notamment mentale. Par leur contribution au développement des aptitudes essentielles à la vie (6), les contes peuvent avoir des conséquences favorables sur la santé.

Enfin, l'une des questions essentielles posée dans les contes est la satisfaction immédiate des désirs : faut-il céder ou être gouverné par la raison ? Le conte propose un apprentissage, une maturation de la gestion de son impulsivité. Ce conflit lié à l'opposition entre principe de plaisir et principe de réalité est une difficile bataille que chacun vit, en particulier en matière de santé ou dans des domaines pouvant avoir des répercussions sur la santé.

## **Du bon usage des contes en éducation pour la santé**

Pour toutes les raisons évoquées plus haut, les contes d'Afrique sub-saharienne en particulier et les contes de manière générale semblent intéressants pour l'éducation pour la santé.

Une infinité de possibilités s'offre à l'éducateur pour la santé. Qu'il s'agisse de contes existants, mais il peut aussi choisir de créer des contes sans ou avec le groupe ou chacun des membres du groupe. Ces contes peuvent être contés ou mis en scène.

Le conte est donc un outil d'expression directe (création, mise en scène) ou indirecte (émotions suscitées, etc.). Comme outil d'expression directe, le conte peut participer à la *construction* de la résilience. En



## ► Références bibliographiques

(1) Le mal est aussi répandu que la vertu dans les contes, chacun d'eux matérialisé par des personnages distincts. Pourtant, ce n'est pas l'aspect restrictif (le « méchant » est puni à la fin) qui a un effet « préventif », mais plutôt que « le mal ne paie pas ». Il ne s'agit donc pas tant de faire triompher le bien sur le mal mais plutôt que l'enfant soit séduit par le héros et s'y identifie. Ainsi l'enfant ne se pose pas la question « Est-ce que j'ai envie d'être bon ? » mais « À qui ai-je envie de ressembler ? », Bettelheim B. *Psychanalyse des contes de fée*, trad. de l'anglais. Paris : R. Laffont, 1976 : 476 p.

(2) Propp V. *Morphologie du conte*, trad. par Claude Ligny. Paris : Gallimard, 1970.

(3) Fainzang S. La notion de prévention à partir de l'approche anthropologique. In : *Comportements et santé : questions pour la prévention*. Colloque Inserm, Vandoeuvre-Lès-Nancy, 25-27 juin 1990. Paris : Inserm, 1990.

(4) Lallemand S. *L'apprentissage de la sexualité dans les contes de l'Afrique de l'Ouest*. Paris : L'Harmattan, 1985 : 294 p.

(5) Marpeau J. *Le processus éducatif. De la construction de la personne comme sujet responsable de ses actes*. Erès, 2000.

(6) Liste des compétences psychosociales, ayant une valeur transculturelle, établie par l'OMS en 1993. Arwidson P. Le développement des compétences psychosociales. In : Sandrin Berthon B. *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF éditeur, 1997 : 127 p.

(7) Oberlé D. *Des questions pour l'éthique en éducation pour la santé*. La Santé de l'homme, n° 345, janvier-février 2000.

du temps, entre le passé et le futur. C'est à la fois un espace de déstabilisation des repères connus et de remise en jeu des rôles. Afin de « retrouver un équilibre », il y a transformation mais en général dans la continuité : une réorganisation. Ce processus est assimilable à celui de la résolution d'une situation de crise.

Parallèlement, une des questions essentielles abordée est l'apprentissage de la gestion de ses impulsions, de ses désirs. On peut donc dire qu'outre les compétences sociales et de santé, les contes permettent de développer les compétences individuelles de « gestion de crise » et de « gestion de ses comportements » en matière santé.

On peut aller plus loin en disant que les contes « banalisent » la crise (c'est normal, cela arrive à tout le monde) et parfois même démontrent l'utilité de la crise (notamment lorsque la situation à la fin du conte est « meilleure » que celle de départ). La crise est alors un passage positif : elle « est constitutive du processus ordinaire du développement de l'humain (...) » (5).

Dans le domaine des contes et de leur utilisation en éducation pour la santé, il reste beaucoup de choses à explorer. Cependant, on peut déjà dire que les contes sont un moyen d'atteindre certains objectifs de l'éducation pour la santé, notamment :

- « susciter des processus d'apprentissage pour faciliter des changements de comportements (...) » ;
- diffuser « dans la population une culture de santé » ;
- faire « un travail social visant à aider les personnes et les groupes à trouver d'autres réponses » (7).

Ces objectifs très pragmatiques ne doivent pas faire oublier que le

conte est aussi un véritable outil de construction du lien social. Il est un moyen pour se retrouver entre générations et découvrir ou redécouvrir le plaisir d'être ensemble pour se raconter des histoires.

**Anne Degroux**

Chargée des relations avec les médias au CFES.

Cet article est une synthèse du mémoire de la formation « Chargé de projet en éducation pour la santé » du CFES.

1. Le terme « africain » sera entendu ici comme : « venant d'Afrique sub-saharienne ».

2. Cela correspond à peu près à : Il était une fois.

3. Quatrième axe d'intervention de la Charte d'Ottawa : « La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. (...) »

Rubrique Aide à l'action coordonnée par A. Laurent-Beq : a.beq@sfsp-france.org

# La carte n'est pas le territoire : cinq perspectives sur la manière d'interpréter le monde de la santé

Dédié à Eberhard Wenzel

***Reviews on Health Promotion & Education Online* (RHP&EO) est une toute nouvelle revue officielle de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé sur Internet. Son but est de contribuer à améliorer la promotion de la santé et l'éducation pour la santé en publiant des séries thématiques de ressources utiles en promotion de la santé et en éducation pour la santé rédigées par des spécialistes de renom**

**mondial dans différents domaines. Les lecteurs peuvent eux-mêmes participer au débat et communiquer leurs commentaires en ligne. La première série proposée par le rédacteur en chef de RHP&EO avait pour titre : « présentez et analysez quelles sont les cinq ressources qui ont le plus marqué et influencé votre travail en promotion de la santé ». Ilona Kickbusch est un des auteurs de cette série. Elle a été pendant de**

**nombreuses années directrice de la Division de la promotion de la santé à l'Organisation mondiale de la santé, à Genève. Elle est à l'origine de la Charte d'Ottawa et de la Déclaration de Djakarta, deux documents phares dans la construction de la nouvelle santé publique. Elle est actuellement responsable de la Division de la santé mondiale à l'École de médecine de l'Université de Yale aux États-Unis.**

Les cinq ouvrages que j'ai choisis représentent chacun un univers théorique : cinq perspectives sur la manière d'interpréter le monde de la santé et de la maladie. Ces perspectives m'ont non seulement influencée au tout début de ma carrière, mais elles m'ont accompagnée depuis, ce qui révèle certainement quelque chose soit sur leur valeur, soit sur mon entêtement. Elles ont depuis été complétées par d'autres (et peut-être que dans quelques années me permettra-t-on d'écrire « Cinq perspectives II »), mais je ne les nommerai pas maintenant. Chacune de ces perspectives continue à déterminer le discours académique, social et politique bien au-delà de la promotion de la santé. Je pense que nous n'avons pas exploré les racines théoriques de la promotion de la santé de manière suffisamment systématique et critique. Par conséquent, nos débats manquent fréquemment de perspective historique de même que de fondements théoriques, et sont constamment entravés par le fait que nous utilisons le même langage mais en voulant dire des choses très différentes. Prenons par exemple la notion de *risque* ; elle a une signification complètement différente

lorsqu'elle est perçue à travers la vision d'un épidémiologiste, d'une anthropologue comme Mary Douglas, ou de sociologues tels Ulrich Beck et Anthony Giddens.

Les ouvrages que j'ai choisis sont :

- *A History of Public Health* (Une histoire de la santé publique) de George Rosen (1958)
- *The Order of Things* (L'ordre des choses) de Michel Foucault (1966)
- *Steps towards an Ecology of Mind* (Étapes vers une écologie de la pensée) de Gregory Bateson (1972)
- *Our Bodies, Ourselves du « Boston Women's Health Collective »* (1973) (Notre Corps, Nous-mêmes, du Collectif pour la Santé des Femmes de Boston)
- *New Rules of Sociological Method* (Nouvelles règles de la méthode sociologique) d'Anthony Giddens (1976).

Ces ouvrages ont été plusieurs fois réédités et publiés dans de nombreuses langues. J'ai indiqué entre parenthèses l'année de la publication originale et dans les références bibliographiques, la version que j'ai utilisée pour préparer cet article.

Que m'ont-ils appris ? Tout d'abord et par dessus tout, de constamment remettre en question « l'ordre des choses » et ce que nous considérons « normal ». Deuxièmement, d'essayer de comprendre les systèmes et modèles implicites qui structurent la vie de tous les jours et les comportements quotidiens. Troisièmement, de prendre extrêmement garde aux interprétations simplistes des liens de cause à effet. Quatrièmement, de toujours se souvenir que les gens sont des acteurs sociaux et que la production de la vie au quotidien demande des habiletés certaines. Cinquièmement, d'insister sur le fait que la santé publique est tout autant une entreprise politique que professionnelle.

Alors que dans un contexte universitaire, on explorerait la manière dont ces perspectives diffèrent entre elles ou même pourraient s'exclure l'une l'autre, dans mon évolution professionnelle, ce qui les représente le mieux, ce sont des cercles qui se chevauchent, formant une sorte d'interaction dynamique, ou pour parler comme Bateson « *a pattern that connects* » (un modèle qui relie). Je n'ai par conséquent pas non plus cher-

ché à créer une séquence logique entre les perspectives, mais j'indique là où elles coïncident, là où elles se chevauchent, du moins tel que moi je le perçois.

## Michel Foucault contre l'ordre des choses

Je ne suis pas sûre du texte que j'ai lu en premier ; je crois que c'était Foucault : *Il n'y a rien de plus provisoire, rien de plus empirique (superficielle-ment du moins) que de procéder à l'établissement d'un ordre des choses*, disait-il. Je me suis toujours posé la question fondamentale de savoir quel ordre différent a-t-on lorsque le cadre de référence est la santé plutôt que la maladie, lorsque ce cadre est plutôt social que médical ? Le travail de Foucault sur le « regard médical » et la colonisation du corps par la perspective médicale (qui a été renforcée par la pensée d'Ivan Illich sur la médicalisation) a considérablement influencé la manière dont les

sociétés ont répondu au VIH et au sida (cette maladie dont Foucault lui-même est mort). Foucault commence son parcours intellectuel « *à partir des rires qui ébranlèrent... tous les repères familiers de [sa] pensée* ». La source du rire est un passage de l'ouvrage de Louis Borges qui fait référence à une « certaine encyclopédie chinoise » qui classifie les animaux très différemment de la biologie occidentale. Je ne vais pas citer toute la liste mais cela commence par « *les animaux sont classés en : a) appartenant à l'Empereur, b) embaumés, c) apprivoisés, d) cochons de lait, e) sirènes...* », etc. Ce que Foucault souligne n'est pas tant l'étrangeté de cette taxonomie et de ce système de pensée mais « *les limites des nôtres, l'impossibilité totale de penser que cela puisse être ainsi* ». La promotion de la santé est entravée par le fait de travailler selon un ordre des choses qui cadre le monde de la santé en catégories de maladies et

risques comportementaux. Une nouvelle catégorisation fondée sur un modèle social de la santé reste à trouver (éventuellement en élaborant à partir du noyau que forment les domaines d'action de la Charte d'Ottawa).

## Notre corps, nous-mêmes

Foucault a consacré une part importante de son œuvre (par exemple dans *La naissance de la clinique*) à analyser comment – à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle – le regard médical a commencé à élaborer de nouvelles règles de classification. Une nouvelle carte du corps a été créée, l'esprit et la nature ont été séparés, la machine est devenue l'analogie et la norme par excellence le mâle. Qu'est-ce qui change dans l'ordre des choses lorsque nous introduisons l'idée de genre ? Cela a pris presque deux cents ans pour déclarer un nouvel ordre de la santé par le mouvement de santé des femmes et la publication de *Our Bodies*

*Ourselfes (Notre Corps, Nous-mêmes)*. La préface de l'édition de 1976 raconte le processus de découverte et d'apprentissage vécu lors de la production du livre en 1969 : « *au début, nous nous sommes appelées "le groupe des médecins"... le fait d'en discuter s'est avéré tout aussi important que les faits eux-mêmes... cela se reflète dans l'évolution des titres du livre depuis Les Femmes et leur Corps, en passant par Les Femmes et notre Corps pour finalement choisir Notre Corps, Nous-mêmes* ». Ce livre est devenu à l'échelle mondiale l'expression d'un mouvement qui a changé la manière dont les femmes se voient, elles et leur corps, et a conduit à des changements importants dans le système des soins, dans la recherche sur la santé et dans le développement de politiques. La préface de l'édition de 1976 décrit également l'importance du savoir dans le processus d'acquisition de pouvoirs : « *nous nous sommes senties transportées et stimulées par nos connaissances nouvelles... pour nous, l'éducation du corps est le cœur de l'éducation... notre corps est la base physique à partir de laquelle nous évoluons dans le monde* ». Comme le travail de Foucault, le mouvement de santé des femmes a mis en lumière la structure de pouvoir qui est intrinsèque au modèle médical : « *l'expérience d'apprendre simplement à quel point nous avons peu de contrôle sur nos vies et nos corps ... s'est transformée en une expérience politique formatrice et nous a permis de sentir le pouvoir potentiel que nous avions en tant que force de changement politique et social* ». Ce potentiel de la santé comme force de changement (idée que l'on retrouve dans les travaux de Paulo Freire) a été à la racine des approches d'« *empowerment* » (d'acquisitions de pouvoirs) qui font partie intégrante de la promotion de la santé.

### George Rosen vers la nouvelle santé publique

L'histoire de la santé publique de George Rosen, publiée pour la première fois en 1958 et jamais supplantée à ce jour, a placé de manière non équivoque le développement de la santé publique dans le contexte de réformes sociales, une tradition dans laquelle s'enracine aussi la « *nouvelle santé publique* ». Je ne peux pas mieux résumer son ouvrage qu'en reprenant les mots d'Elizabeth Fee dans l'introduction

qu'elle a rédigée pour la réédition du livre en 1993 : « *Rosen a offert une histoire sociale dans laquelle il a tenté de démontrer la production sociale de santé et de maladie, de placer les médecins et les professionnels de la santé publique dans leur contexte social et de montrer que leurs idées et pratiques évoluaient par rapport au cadre plus large des conditions sociales et politiques. Il a, en même temps, su garder une place héroïque dans l'histoire pour tous ceux qui se sont battus pour améliorer la santé et prévenir la maladie, que ce soit par le développement et l'application d'idées scientifiques, ou par des réformes sociales pour promouvoir la santé publique.* »

C'est pourquoi le sous-titre de la Charte d'Ottawa est si important pour moi : *vers une nouvelle santé publique*. Cela signifie un engagement par rapport à l'histoire et une vision de l'action de santé publique fermement ancrée dans les réformes sociales.

### Anthony Giddens met en lumière la recherche en sciences sociales

Avec la formulation de la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé s'est organisée selon un modèle d'interventions sociales, soumis aux ambiguïtés des notions d'acquisitions de pouvoirs (« *empowerment* ») et de contrôle, mais considérablement éloigné du cadre fondé sur les preuves d'un modèle clinique. Pourtant, elle ne s'est jamais pleinement fondée sur les sciences sociales – ou sur ce que très pertinemment Anthony Giddens en 1976 a appelé « *les nouvelles règles de la méthode sociologique* ». Giddens à l'époque était cité comme « *le doyen des plus jeunes sociologues britanniques* » ; il est maintenant Doyen de la *London School of Economics*, conseiller auprès du premier ministre et un analyste éminent de la mondialisation. Je recommande les neuf règles de la méthode sociologique – résumées à la fin de son livre – à tous ceux qui font de la recherche en promotion de la santé et qui participent à l'incessant débat sur son efficacité, en dépit du fait que ces règles ont maintenant vingt-cinq ans. Elles mettent en lumière l'essence de la recherche en sciences sociales et par association, de la recherche en promotion de la santé. Je voudrais juste citer quatre de ces « *nouvelles règles* » (je suggère que le

lecteur ajoute santé et promotion de la santé lorsque cela s'applique) :

1. la sociologie ne traite pas d'un univers convenu à l'avance d'objets, mais d'un constitué ou produit par les faits et gestes actifs de sujets ;
2. la production et la reproduction de la société doivent être considérées de la part de ses membres comme le résultat de leurs interventions et non comme une simple série mécanique de processus ;
3. on ne doit pas conceptualiser les structures comme plaçant simplement des contraintes sur l'action humaine, mais comme favorisant aussi son épanouissement ;
4. les processus de structuration impliquent l'interaction de significations, de normes et de pouvoirs... chaque ordre moral et cognitif est en même temps un système de pouvoir, impliquant un « *horizon de légitimité* ».

### Les histoires de Gregory Bateson

L'ouvrage de Bateson traite également de l'interaction des significations, du contexte et des limites de la prévisibilité ; il conteste la séparation dans la culture occidentale entre esprit et nature et va constamment chercher les fondements et le modèle qui créent des liens. Ce qui m'a également attirée dans le travail de Bateson, c'est sa capacité – en tant qu'anthropologue – à faire ses remarques en racontant des histoires, par le biais d'une approche qu'il a appelée les « *métalogues* ». Il s'agit de dialogues de fiction entre une fille et son père. Elle lui pose les questions que nous avons arrêté de poser, parce qu'on nous a appris à accepter « *l'ordre des choses* ». Elle demande par exemple : « *Papa, pourquoi faut-il qu'il y ait des plans ? Pourquoi les choses deviennent pagaille ? Qu'est-ce que le mot "objectif" veut dire ?* ».

Mon histoire préférée (en promotion de la santé) est celle de la mère, de l'enfant, des épinards et de la crème glacée. Elle dit ceci :

« *Une mère récompense habituellement son petit garçon en lui donnant une crème glacée lorsqu'il a fini de manger ses épinards. De quelle information allez-vous avoir besoin pour pouvoir prédire si l'enfant va : a) finir par aimer ou détester les épinards, b) aimer ou détester la crème glacée, ou c) aimer ou détester sa mère.* »

Bateson soutient que pour explorer les

ramifications de cette question, tout ce dont on a besoin comme information complémentaire concerne deux facteurs : le contexte et la signification. Il écrit qu'en fait, le phénomène de contexte et celui très étroitement lié de signification a créé une division entre les sciences « dures » et la catégorie de sciences qu'il a essayé de construire.

## Conclusion

Je voudrais dire à quel point j'ai apprécié le retour aux sources de ces textes pour préparer cet article – ils ont constitué la carte intellectuelle qui m'a guidée pour explorer le territoire que nous appelons promotion de la santé. Mais en terminant, je voudrais souligner un trait commun à tous ces textes : leur profond attachement à la capacité et à la volonté des êtres d'agir, et leur compréhension de cette capacité et de cette volonté, de même que leur acceptation de la liberté des personnes de

prendre des risques. J'ai commencé avec Foucault, je vais terminer avec lui : « *J'essaye de comprendre les systèmes implicites qui déterminent notre comportement de tous les jours sans notre connaissance. Je veux trouver leur source, montrer leur formation de même que le pouvoir qu'ils ont sur nous. C'est pourquoi j'essaye de me distancer d'eux, afin de montrer comment on peut leur échapper.* »

**Ilona Kickbusch,**

Global Health, Yale University, États-Unis.

*Ce texte a été originellement publié en anglais dans Reviews of Health Promotion and Education Online (RHPEEO)*

*<http://www.rhpeo.org/reviews/2001/2/index.htm>; sa version française a été réalisée par Marie-Claude Lamarre de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) et est publiée ici avec la permission de l'auteur et du rédacteur en chef de RHPEEO.*

## Bibliographie

- Bateson G. *Steps to an Ecology of Mind*. Chicago : The University of Chicago Press, 1999.
- Foucault M. *The Order of Things*. New York : Random House, 1994.
- Giddens A. *New Rules of Sociological Method*. London, Hutchinson, 1982.
- Rosen G. *A history of Public Health*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1993.
- The Boston Women's Health Collective. *The New Our Bodies, Ourselves*. New York : Simon and Schuster, 1984.

Rubrique internationale coordonnée par M.C. Lamarre : [mclamarre@iuhpe.org](mailto:mclamarre@iuhpe.org) et S. Tessier : [crisif@wanadoo.fr](mailto:crisif@wanadoo.fr)

# Santé publique

## sommaire

n° 3 – septembre 2001

### Éditorial

Moderniser le système de santé ?

J.P. Deschamps

### Études

Essai de réhabilitation nutritionnelle à domicile d'enfants sévèrement malnutris

A. Tal-Dia, I. Diallo, S. Diouf, I. Diagne, C. Moreira, H. Signaté-Sy, M. Sarr, M. Fall

Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs

E. Pouyet-Poulet, M.P. Sauvant, D. Pépin, R. Planché

La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire

C. Andréo, A.D. Bouhnik, J. Soletti, D.R. Bertholon, J.P. Moatti, H. Rossert, B. Spire

### Pratiques

Un outil francophone d'évaluation des soins palliatifs à domicile : adaptation du Support Team Assessment Schedule (STAS)

D. Lagabrielle et al.

Validation préliminaire d'une affiche sur l'hygiène buccale des personnes âgées

P. Pizem, N. Dedobbeleer

### Politiques

L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé. Proposition du réseau des comités d'éducation pour la santé

F. Bonnin, A.-M. Palicot

### Opinion

Les sciences humaines, victimes de la trithérapie

J.-P. Deschamps

Et pendant ce temps-là, les sociologues travaillent...

A. Laurent-Beg

Soutien au Professeur Moncef Marzouki

### Lectures

**Alimentation :  
bien-être, plaisir et santé**  
*M. Dépinoy* . . . . . 16

**Comportements, représentations  
et pratiques**  
**Les Français, l'alimentation et la santé**  
Résultats d'une étude qualitative auprès  
des 18-50 ans  
*S. Pin, J.-P. Loisiel et A. Couvreur* . . . . . 17

**Les apports des sciences humaines et  
sociales à la compréhension des  
comportements alimentaires**  
*J.-L. Lambert et J.-P. Poulain* . . . . . 21

**Richesse et diversité des actions**  
**L'ogre du Nord-Pas-de-Calais**  
*C. Duchêne* . . . . . 25

**« Mon resto en l'an 2002 »**  
*J.-C. Azorin, D. Alart,  
H. Sancho-Garnier, B. Housseau* . . . . . 27

**Des rencontres-formation  
pour les collèges et lycées  
de Languedoc-Roussillon**  
*A. Brozzetti, C. Picca, C. Terral* . . . . . 29

**Une expérience de santé communautaire  
centrée sur l'alimentation  
dans des quartiers en difficulté**  
*J.-L. Grenier, F. Bracq, N. Duthieuw, J. Denis,  
F. Urbain, M. Bulle, S. Boidin, S. Terrier,  
A. Delepaut* . . . . . 30

**Un dispositif national :  
une cohérence pour plus d'efficacité**  
**L'éducation pour la santé  
dans le Programme national  
nutrition santé**  
*M. Chauliac* . . . . . 33

**Mieux manger construit notre santé**  
*F. Condroyer* . . . . . 35

**Informier et mobiliser le grand public**  
*Corinne Delamaire* . . . . . 36  
**L'implication des professionnels de  
santé dans le dispositif national**  
*C. Delamaire* . . . . . 37

**Vivre le corps que je suis !**  
Gourmandise en prose  
*P. Lecorps* . . . . . 38

**École : éducation nutritionnelle  
et au goût**  
*C. Kerneur et M. Massacret* . . . . . 39

**Des élèves plus soucieux  
de leur alimentation**  
*Entretien avec D. Maslanka* . . . . . 40

**Un fonds documentaire et pédagogique  
minimum en éducation nutritionnelle**  
*A. Sizaret* . . . . . 41

**Pour en savoir plus**  
*A. Sizaret* . . . . . 42

# De l'alimentation à la santé

ILLUSTRATIONS DU DOSSIER : ELENE USDIN

Dossier coordonné par **Corinne Delamaire**,  
docteur en nutrition  
service Politique éditoriale et diffusion du CFES.

# Alimentation : bien-être, plaisir et santé

L'alimentation est sans doute un des domaines les plus universels : elle concerne chaque individu, de sa naissance à sa mort et intéresse tout groupe social, quelles que soient ses origines. Et c'est probablement parce que l'alimentation intéresse tout le monde qu'elle suscite un nombre croissant de messages, sans qu'il soit toujours facile d'en décrypter l'origine : données scientifiques, informations vulgarisées et publicités commerciales se côtoient, les unes inspirant les autres.

L'acte de manger apparaît comme une activité indispensable pour vivre, mais il ne peut se limiter à une simple réponse aux besoins physiologiques de chacun. Nos choix alimentaires se révèlent dépendants de réalités pratiques, telles que le budget disponible, le temps que nous pouvons consacrer à la préparation des repas et aux repas eux-mêmes, la disponibilité des aliments. Ces choix sont également liés à la représentation que nous nous faisons de la « bonne alimentation », source de plaisir guidé par nos goûts, expression d'une culture à laquelle nous avons été initiés dès le plus jeune âge, insertion au sein d'une communauté dont un des rites le plus fréquent est celui de la prise du repas en groupe. C'est ainsi que, dans la première partie de ce dossier de La Santé de l'homme, J.-P. Poulain et J.-L. Lambert, nous rappellent que l'alimentation ne se réduit pas à sa seule dimension nutritionnelle ; évoquant les dimensions culturelles, ils dressent un panorama de nos représentations et de nos pratiques qui mêlent apprentissages et émotions. Leurs analyses, mais aussi les résultats de l'enquête réalisée par le Credoc également présentés ici, offrent des pistes de réflexion pour des actions en éducation nutritionnelle.

Si l'éducation pour la santé a déjà largement investi le champ de la nutrition avec des actions d'information en milieu scolaire notamment, ou dans le cadre de programmes régionaux de

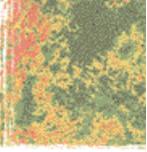
santé par exemple, les actions d'éducation nutritionnelle sont plus difficiles à mettre en œuvre : en témoigne l'expérience de santé communautaire dans des quartiers en difficulté relatée par J.-L. Grenier.

Face à la multitude d'actions de terrain menées ici et là, et aux trop nombreux messages, il s'avère nécessaire aujourd'hui, d'asseoir un ensemble enfin cohérent de messages validés par des experts indépendants, d'inscrire ces actions dans le temps, d'instaurer une prise de conscience collective autour de quelques repères simples et de promouvoir une démarche éducative, en différents lieux et en différentes circonstances (milieu scolaire, milieu familial, restauration collective, établissements de santé...). Dans cette optique, le Ministre délégué à la santé a récemment mis en place un Programme national nutrition-santé. Ce programme crée une situation inédite, car elle conduit les différents acteurs, qu'ils soient producteurs, distributeurs, scientifiques, professionnels de la santé et de l'éducation, représentants des consommateurs, administrations et responsables politiques, à se rencontrer au niveau national, pour décider d'actions sur la base d'objectifs communs, malgré les différences de points de vue et d'intérêts. Ce dossier témoigne de cette nouvelle réalité et fait connaître les principales actions de ce programme déjà réalisées, ou à venir : choix des axes de communication et présentation de quelques documents et outils à destination du grand public et des professionnels de santé.

L'ensemble de ces actions repose sur un principe essentiel : ne plus imposer de normes ; d'ailleurs, nos habitudes alimentaires sont des éléments si importants de notre identité culturelle que toute proposition d'adaptation ne peut être acceptée que si elle est formulée avec prudence et modestie.

**Michel Dépinoy**

Médecin inspecteur de santé publique,  
délégué général adjoint du CFES.



# Les Français, l'alimentation et la santé

Résultats d'une étude qualitative auprès des 18-50 ans

**L'alimentation occupe une place importante dans l'esprit et les préoccupations de la population, mais n'apparaît pas comme une priorité dans leur vie quotidienne. Si les Français sont conscients des bienfaits d'une alimentation saine, celle-ci semble difficile à mettre en œuvre au quotidien : dans les représentations, la santé s'oppose en effet au plaisir et à la rapidité que les Français recherchent quand ils passent à table.**

L'importance de l'alimentation dans le développement des maladies aujourd'hui les plus répandues (maladies cardiovasculaires, cancer, ostéoporose, etc.) est bien établie. Les Français sont eux-mêmes sensibles aux liens existant entre alimentation et santé, et la majorité d'entre eux est convaincue que l'alimentation influence directement son état de santé. Les précédentes études – principalement quantitatives – portant sur les représentations, les connaissances et les comportements des Français en matière d'alimentation ont cependant mis en évidence un décalage entre les perceptions et les connaissances, les représentations et les pratiques effectives.

Afin d'optimiser l'efficacité du programme d'éducation nutritionnelle dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a souhaité explorer les connaissances, les croyances et les attitudes des Français en matière d'alimentation et de santé. Grâce à un financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), le CFES a confié au département « Consommation » du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc) la réalisation d'une étude qualitative sur le thème « Les Français, l'alimentation et

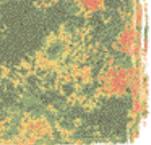
la santé » auprès d'un échantillon de personnes de 18 à 50 ans, à Paris et en province.

## **L'alimentation, au cœur des préoccupations des Français**

Les Français déclarent accorder une grande importance à l'alimentation, qui les touche dans leur quotidien et dans leur intimité. Pour la plupart d'entre eux,

« la qualité de l'alimentation fait la qualité de la vie ». Leur implication dans l'alimentation résulte d'un cheminement personnel. Certains événements précis, tels que la vie en couple ou la naissance d'un enfant pour certains, l'apparition de problèmes de santé pour d'autres, ou encore une inquiétude face aux risques alimentaires, ont fait évoluer leur rapport à l'alimentation.





### Des attentes contradictoires

Malgré cet investissement symbolique dont l'alimentation fait l'objet, la santé n'apparaît pas comme un objectif prioritaire de l'alimentation. Les repas sont perçus surtout comme des sources de plaisir, autant gustatif – des repas riches en saveurs – que social – s'entourer de proches, passer un bon moment.

La recherche de plaisir entre en contradiction avec la préoccupation

santé qui, quoique secondaire, est bien réelle, notamment chez les femmes et les adultes d'âge moyen. On constate ainsi une tendance à opposer le « bon repas », plutôt copieux, composé d'aliments riches – « *pommes de terre, viandes en sauce, coquilles Saint-Jacques, langue de bœuf* » – au « manger sain » dont l'image évoque souvent l'univers médical, la restriction et la discipline. « *Tout ce qui est bon au goût est mauvais pour la santé* », déplore un enquêté. « *Ça me dérange, qu'on me dise quoi faire* » est également un reproche fréquemment adressé aux discours nutritionnels.

De plus, alors que les « bons repas » procurent une satisfaction immédiate, les bénéfices escomptés de l'alimentation sur la santé sont éloignés dans le temps et parfois perçus comme hypothétiques. « *Il vaut mieux une belle vie de soixante ans qu'une vie triste de quatre-vingts ans* », affirme l'une des personnes interrogées sur le sujet. Bien plus, pour certains hommes qui défendent une vision épicurienne de l'alimentation, l'argument santé n'a de valeur qu'en cas de maladie avérée, mais n'est pas prioritaire au quotidien : « *Moi, je veux bien vivre, je ne fais pas attention, mais je sais que je vais payer : diabète, cholestérol.* »

La préoccupation santé s'oppose également à la troisième attente des Français vis-à-vis de l'alimentation : la rapidité/praticité. L'alimentation saine est perçue comme exigeante en temps et en coût, peu adaptée aux modes de vie, et en particulier à la nouvelle condition des femmes : « *pour bien bouffer, il faudrait que l'un des deux ne travaille pas* ».

Cette vision rejoint en outre une perception plus générale de l'alimentation, dont les différentes étapes – les courses, la cuisine, les repas, la vaisselle – sont vécues comme des corvées à effectuer le plus rapidement possible. Les Français se tournent alors vers l'offre très développée de produits industriels tout prêts, vers la restauration rapide ou à domicile, qu'ils opposent systématiquement à une alimentation équilibrée.

### La représentation de l'alimentation saine

Pour les Français, l'alimentation saine se définit autour de trois notions : la naturalité, l'équilibre alimentaire et le rythme alimentaire.

### Repères alimentaires

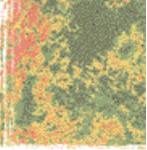
Quels sont les repères utilisés par les Français pour évaluer leur alimentation au quotidien ? Sont-ils suffisants ? Une partie de l'étude « Les Français, l'alimentation et la santé » était consacrée à ce thème.

Premier constat : les Français ne disposent pas de repères précis pour évaluer leur alimentation au quotidien. Pour décider si les quantités d'aliments ou de nutriments consommés sont correctes, ils ne se fondent pas sur des données chiffrées mais font confiance à leurs expériences et à leurs sensations : le bien-être, la forme et la satiété sont ainsi les repères les plus fréquemment cités. L'évolution pondérale peut également jouer un rôle important.

Conscients de leurs lacunes dans ce domaine, ils sont plutôt demandeurs d'informations sur l'alimentation et la nutrition. Ils attendent, par exemple, un outil pédagogique leur fournissant des repères pratiques, simples et faciles à mettre en œuvre au quotidien (idées de recettes, informations sur les modes de cuisson, etc.). En revanche, ils sont totalement opposés à toute démarche directive et autoritaire qui leur imposerait une norme alimentaire qu'ils ne pourraient suivre.

### Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée durant l'automne 2001, en deux phases. Dans un premier temps, 32 entretiens individuels ont été réalisés auprès d'un échantillon d'adultes de 18 à 50 ans. Ces derniers ont été sélectionnés en fonction de critères sociodémographiques (sexe, situation familiale, catégorie socioprofessionnelle et situation professionnelle) et de leur lieu de résidence (Paris, Lyon, Lille, Toulouse et Strasbourg). La seconde phase a consisté en quatre réunions de groupe animées par un psychosociologue. Les groupes réunissaient, à Paris et en province (Angers et Lille), une dizaine de personnes choisies selon les mêmes critères que pour les entretiens individuels.



## Perception des recommandations du PNNS

Un des objectifs de l'étude « Les Français, l'alimentation et la santé » était de tester un certain nombre de recommandations nutritionnelles du PNNS et d'apporter des éléments de réflexion sur leur formulation, leur compréhension et leur appropriation possible par les consommateurs.

De manière générale, la population interrogée a adhéré aux recommandations présentées, d'autant plus fortement qu'elles rappelaient ou évoquaient des informations bien établies dans leurs représentations. Pourtant, dans certains cas, ces recommandations suscitent une certaine résistance : les personnes imaginent difficilement ou refusent de changer leurs pratiques, surtout quand il s'agit de réduire des consommations où la dimension de plaisir est importante : le sucre, les graisses, etc.

Le premier axe de l'alimentation saine, *la naturalité*, est symbolisé par l'image du jardin potager ou des produits de la ferme : « *les légumes du jardin, les œufs fermiers, la viande de campagne* ». Les aliments issus de l'agriculture biologique sont fréquemment cités comme des produits refuge, porteurs de cette naturalité recherchée, quoique leur coût, et de façon plus générale le coût de produits de qualité, soit une contrainte majeure à leur consommation : « *un steak chez le boucher est deux fois plus cher qu'au supermarché* ».

L'idéal de naturalité rejoint aussi une préoccupation générale sur les risques alimentaires et sur les dérives de l'alimentation de masse, qui conduit bon nombre de personnes à se soucier de la provenance et de la qualité des produits. « *Je n'ai rien changé pour le bœuf* », nous dit cet enquêté, « *mais je fais attention aux légumes issus de l'agriculture intensive et aux OGM qui altèrent la qualité de l'aliment* ».

L'équilibre alimentaire est un idéal fortement présent dans les représentations de la bonne alimentation, mais il ne recouvre pas une réalité homogène. Plusieurs registres sont en effet évoqués par les enquêtés quand on leur demande de définir ce concept.

Pour beaucoup, « *manger équilibré* » c'est « *manger de tout* », afin d'apporter au corps les nutriments (vitamines, protéines etc.) dont il a besoin. Il s'agit d'abord de « *bien associer les aliments entre eux pour avoir une bonne nutrition* ». Mais l'équilibre alimentaire se traduit également par une absence d'excès qui peut rejoindre, chez certaines femmes, un impératif de minceur : « *dans la tête des gens, manger sainement ça veut dire perdre du poids* ».

Ces deux premiers registres sont d'ailleurs intimement liés et l'idée selon laquelle « *on peut manger de tout en petites quantités* » est largement répandue dans la population interrogée. Cette perception n'empêche pas cependant un classement des aliments selon leur bonne ou mauvaise image nutritionnelle : si les légumes, les fruits, les viandes blanches, le poisson et l'huile d'olive sont considérés comme des aliments protecteurs, d'autres aliments ou produits, comme les conserves ou les graisses, sont au contraire redoutés, voire stigmatisés. « *Le fromage ça fait grossir et ça donne du cholestérol* », affirme une personne, tandis qu'une autre se « *méfie des conserves, il y a trop de sel* ».

Au-delà des types d'aliments et de la quantité, les enquêtés soulignent également l'importance de la préparation des aliments pour favoriser une alimentation saine : « *cuisiner à la vapeur, c'est très sain* » est une affirmation qui revient fréquemment. Enfin, pour une

## Les études sur les comportements alimentaires

Plusieurs études sur les représentations, les connaissances et les comportements alimentaires des Français ont été menées durant les dernières années, parmi lesquelles :

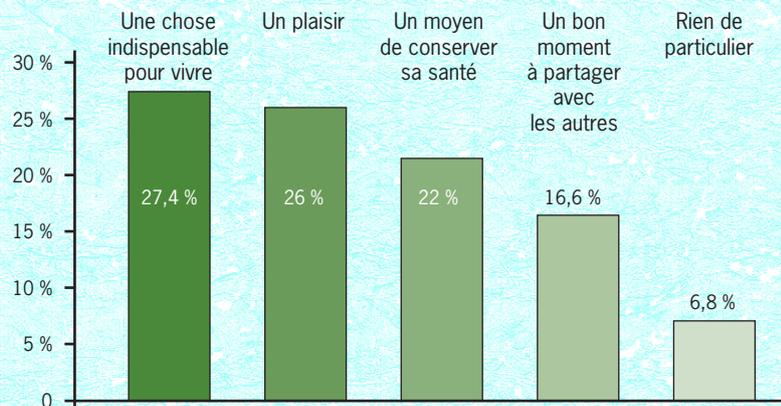
- Étude Suvimax (1994-2002) : étude longitudinale sur 13 535 personnes adultes recrutées au niveau national (femmes de 35 à 60 ans et hommes de 45 à 60 ans).
- Étude Inca, individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (1998-1999) : étude transversale sur un échantillon de 1 985 adultes de 15 ans ou plus, représentatif de la population française. Une nouvelle étude, Inca-2, doit se dérouler en 2002.
- Baromètre santé nutrition adultes (1996) : étude transversale auprès d'un échantillon de 1984 adultes de 18 à 75 ans vivant en France, représentatif de la population adulte. Une seconde vague d'enquête s'est déroulée en février et en mars 2002.

Source et références : Haut Comité de la santé publique. Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions. Rennes : Éditions ENSP, juin 2000 : 23-4.

minorité de personnes, l'équilibre alimentaire ne se définit pas dans l'absolu, mais « *peut être différent en fonction des personnes* » selon les besoins de l'organisme, l'âge, le sexe, le poids ou l'activité physique.

Autre dimension d'une alimentation saine, qui ressort de cette étude : le

Représentations de l'acte de « manger » (pourcentage de Français)



Source : Baudier F., Rotily M., Le Biban G., Janvrin M.-P., Michaud C. Baromètre santé nutrition 1996. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 180 p.



*rythme alimentaire* exprime l'importance accordée aux circonstances entourant la prise des repas, ainsi qu'au nombre et à la fréquence des prises alimentaires. Tout d'abord, pour manger sainement, il faut « *se poser, prendre un peu le temps* ». Le moment et la durée des prises alimentaires apparaissent comme des éléments indispensables d'une alimentation saine : « *manger à des heures régulières* » est posé comme une règle de conduite par une majorité d'enquêtés. Mais l'alimentation saine se comprend plutôt à moyen terme : les écarts peuvent être compensés sur la journée, voire sur la semaine, avec l'idée que « *l'organisme s'adapte dans le temps* ».

### Des représentations à la pratique

Même si l'alimentation est une dimension importante de la vie des Français, elle n'occupe que rarement un pôle prioritaire dans l'organisation de l'emploi du temps, surtout pour les personnes actives qui doivent gérer de front vie professionnelle, vie familiale et vie sociale. Comme le résume cet enquête, « *on fait son emploi du temps par rapport au travail et à ses activités, pas par rapport aux repas* ». La diminution du temps dévolu à l'alimentation, déjà relevée lors des enquêtes quantitatives, est également une réalité vécue

et ressentie par la population interrogée. « *Avant, regrette-t-on, beaucoup de choses se traitaient autour d'une table, aujourd'hui il faut être productif, on nous speede* ».

Le décalage existant entre les représentations d'une alimentation saine et les pratiques réelles est flagrant lorsque l'on examine les repas pris la veille. Les Français décrivent ainsi le déjeuner idéal comme un repas complet et pas trop gras, comprenant un légume vert, une viande ou un poisson et un fromage ou un dessert ; dans les faits pourtant, pour la moitié des enquêtés, le repas du midi dépend du temps à disposition et se rapproche souvent du « *snacking* », avec une préférence pour les produits rapidement disponibles et vite avalés (sandwichs, pizzas). Le décalage est d'ailleurs clairement perçu par les personnes elles-mêmes – « *le midi, c'est impossible de manger sain* » –, les principales raisons invoquées étant le manque de temps et la restauration hors foyer.

On retrouve pourtant ce même hiatus au dîner. Idéalement présenté comme un repas léger et complémentaire au déjeuner, les dîners décrits par les enquêtés sont plutôt consistants (pâtes, gratins), riches (charcuterie, fromage, vin) et conviviaux. « *On se prépare à manger, on mange plus copieusement* ».

La dimension de plaisir est fortement présente : plaisir de retrouver son conjoint, ses enfants, plaisir de se détendre et de décompresser : « *Le soir on mange plus longtemps, on parle, on discute* ».

De manière générale, seule une minorité pense donc qu'avoir une bonne alimentation est à la portée de tous. La plupart des Français estiment au contraire qu'il est très difficile d'avoir au quotidien une alimentation bonne pour la santé. Plusieurs freins sont évoqués et en premier lieu, comme nous l'avons vu, des contraintes collectives (rythme de vie, obligations professionnelles). Quelques personnes mentionnent également des questions de coût, en expliquant que « *les choses bonnes pour la santé sont souvent plus chères* ».

### Réflexions pour l'action

À la suite d'autres études sur le rapport des Français à l'alimentation et à la santé, cette enquête qualitative auprès des 18-50 ans confirme l'importance accordée par la population à ce thème. À travers l'exploration des tensions et des enjeux structurant les liens entre santé et alimentation, des questions émergent, qui sont autant de pistes pour des actions futures :

- Comment prendre en compte, dans les actions nutritionnelles, les diverses attentes des Français à l'égard de l'alimentation ?
- Comment promouvoir l'idée que manger sainement n'est pas forcément synonyme de restriction ou de contrainte ?
- Comment concilier une recherche de santé avec des modes de vie perçus comme contraignants par une majorité de Français ?

Certaines actions présentées dans ce dossier (campagne de communication, guides alimentaires pour le grand public et les professionnels) prennent en compte et prolongent ces divers résultats.

**Stéphanie Pin**

Sociologue,  
service Études et évaluation, CFES,

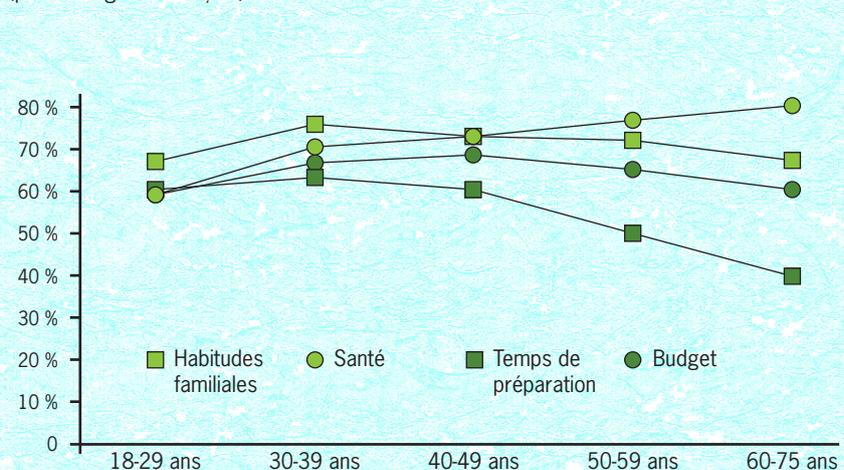
**Jean-Pierre Loisel**

Directeur du département Consommation,  
Credoc,

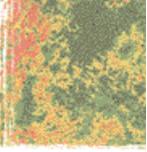
**Agathe Couvreur**

responsable adjointe  
du département Consommation,  
Credoc, Paris.

**Les diverses influences sur la composition des menus selon l'âge**  
(pourcentage de Français)



Source : Baudier F., Rotily M., Le Biban G., Janvrin M.-P., Michaud C. Baromètre santé nutrition 1996. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 180 p.



# Les apports des sciences humaines et sociales à la compréhension des comportements alimentaires

**L'alimentation est un élément fondateur de nos cultures et de nos identités. Face à la tendance moderne de médicalisation de l'alimentation, les sciences humaines peuvent ainsi aider à comprendre le sens des goûts et des dégoûts, des habitudes et des désirs. Elles peuvent ainsi redonner aux sciences de la nutrition leurs valeurs humanistes et de respect initiales.**

Depuis les développements de l'épidémiologie et de la pensée hygiéniste à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'idée de changer les habitudes alimentaires pour que les hommes soient en meilleure santé est à la fois un horizon et une justification de la recherche scientifique en matière de nutrition. Cependant, très vite, ces ambitions réformistes se sont heurtées à des difficultés majeures. Changer les habitudes alimentaires s'est révélé beaucoup plus compliqué qu'on ne pouvait le penser. La conception implicite de ce que l'on peut appeler l'idéologie des régimes postule un mangeur « libre de ses choix » et rationnel dans ses décisions. Or les décisions alimentaires ne sont *ni des décisions individuelles, ni des décisions rationnellement simples*. On sait de plus que ni l'accumulation, ni même la compréhension des connaissances nutritionnelles ne sont suffisantes pour faire changer les habitudes alimentaires des individus. Les sciences humaines et sociales ont alors été convoquées pour aider à cet ambitieux projet.

La difficulté principale à l'étude des dimensions sociales de l'alimentation tient au fait qu'à l'intérieur d'un espace social particulier, elles relèvent de l'allant de soi. Les « goûts » sont peu appréhendés et leurs connotations culturelles hédoniques ne s'accordent pas bien avec l'idée largement répandue que les « exigences » de santé devraient « rationnellement » s'imposer.

Les conceptions les plus courantes des comportements alimentaires sont centrées :

- sur les contraintes économiques liées à l'offre (disponibilités, système de production-distribution et caractéristiques des produits) et aux mécanismes de répartition des revenus ;
- ou bien sur les déterminants physiologiques, notamment dans les analyses des nutritionnistes.

La différenciation sociale des pratiques est quelquefois repérée, mais son analyse se réduit le plus souvent au constat d'une influence de la culture.

Tant que le niveau de développement économique est faible, les comportements des mangeurs sont fortement contraints par les disponibilités des aliments, le plus souvent insuffisants, et par les faibles pouvoirs d'achats. Dans le contexte d'abondance des pays riches, même si la précarité n'a pas disparu, la majorité des mangeurs ont moins de contraintes et peuvent davantage effectuer leurs choix en fonction de leurs préférences. Mais les préférences, les attitudes à l'égard des aliments sont très liées aux systèmes de représentations des mangeurs (1). Ainsi, par exemple, dans la culture des individus néophytes en nutrition, ce sont les aliments et non les nutriments qui sont porteurs de sens. La composition nutritionnelle n'a pour eux guère plus de sens que le poids des matériaux

composant une voiture. De même, la croyance très répandue « *ce qui est bon au goût est bon pour la santé* » en est une illustration.

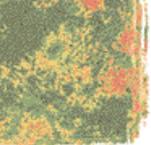
## La culture et les représentations

La culture est au sens général le système de représentations qui permet aux individus de décoder les éléments de leur environnement en donnant du sens aux stimuli liés à la nature, aux objets et autres individus (2, 3). Les individus évoluent depuis leur plus jeune âge dans des environnements naturels, techniques, économiques et sociaux qui constituent les bases de leurs systèmes de représentations. Ces confrontations des individus à leur environnement sont mémorisées et s'agrègent dans une sorte d'encyclopédie « *d'images mentales qui sont à la base de nos pensées, stockées sous forme de représentations potentielles* » (4).

Les modèles alimentaires qui sont un ensemble de catégories imbriquées les unes dans les autres, définissent pour un individu son ordre du mangeable (ce qu'il considère comme des aliments pour lui), les formes de prises alimentaires (combinatoire des aliments pour former un repas), les styles de cuisines, les formes de convivialité, la répartition des rôles familiaux dans les activités alimentaires, etc.

Les mangeurs construisent leurs catégorisations de leur environnement beau-





coup plus de manière binaire selon un processus de pensée magique que par une approche « rationnelle » scientifique prenant en compte les différents éléments de manière hiérarchisée. Les représentations de la nature déterminent, par exemple, la perception des nectarines et des OGM, l'attrait du « bio » et des produits de saison.

Ainsi, les aliments sont catégorisés comme comestibles en fonction de certaines images : *mangez-vous de la cervelle, des tripes, du chat, du rat* ? La catégorisation du comestible dépend également de l'association des aliments selon des logiques culinaires et gastronomiques. Par exemple, *auriez-vous envie de goûter une recette de crevettes au chocolat* ?

L'alimentation est ainsi un élément essentiel de repérage identitaire : elle permet la communication entre les individus de groupes proches et distingue les groupes selon leur système de représentations et de normes. Par exemple, « *il a bu son verre comme les autres* » est un signe de reconnaissance d'appartenance au groupe.

Cette dimension de l'alimentation est essentielle car les individus considèrent de façon plus ou moins consciente qu'ils deviennent ce qu'ils mangent tant sur le plan physiologique que symbolique (2).

La culture de l'individu et de son groupe est généralement considérée comme supérieure à celles des autres groupes : c'est l'ethnocentrisme. Et dans les processus de confrontation culturelle comme les cas des populations immigrées, le souci de maintien d'identité se traduit par un abandon des habitudes alimentaires d'origine seulement à la seconde voire la troisième génération et souvent après l'abandon de la langue. Les conseils nutritionnels aux immigrés doivent donc bien intégrer qu'ils peuvent être interprétés comme une perte d'identité et donc rejetés.

### Les attitudes et les préférences alimentaires : le poids des émotions

Les représentations et leur ordre conditionnent ainsi les attitudes, en préférences pour ce qui leur correspond, et rejets de ce qui est différent (5). Ce qui est en dissonance par rapport aux représentations provoque un trouble cognitif

et un rejet : *accepteriez-vous de manger du rat* ? C'est le cas le plus fréquent vis-à-vis des innovations et l'attitude peut être alors modifiée par effet d'imitation : *vous acceptez de goûter un nouvel aliment si vous voyez quelqu'un en manger*. Ce qui est contraire à l'ordre, c'est-à-dire le désordre, provoque l'aversion, le dégoût : *une recette de crevettes au chocolat, remplacer le beurre par l'huile d'olive*. La représentation de la contagion (6) entraîne le dégoût vis-à-vis de l'assiette dans laquelle vous trouvez un cheveu ou du fruit si vous trouvez un ver dedans. Ces exemples sont choisis parmi les extrêmes pour bien montrer que toutes les propositions de modification de répertoires et de recettes peuvent provoquer ces types de réticences comme toutes les nouveautés et les « désordres ». Et même pour ceux qui acceptent de goûter des nouveautés, il faut se rappeler qu'ils ne les trouvent généralement pas bonnes les premières fois et qu'il faut un temps d'accoutumance, de familiarisation pour que les nouveaux profils sensoriels soient appréciés. En préconisant des changements de régimes, il importe donc de préciser que certains efforts seront nécessaires avant de commencer à apprécier.

Les attitudes sont également déterminées par les émotions liées à la régulation homéostatique (7). Le cerveau enregistre en mémoire les expériences (influence des comportements d'apprentissage sur les futures représentations et émotions) selon leurs effets positifs ou négatifs sur le corps. Les stimuli source d'effets positifs provoquent l'attraction (l'exemple du chocolat et la préférence innée pour le sucré) et à l'inverse, ceux qui ont eu des effets négatifs provoquent l'aversion (la mémoire d'un trouble digestif associé à un aliment peut entraîner le dégoût). Il peut en être de même pour les produits qui provoquent des allergies ou des intolérances mal décelées...

Mais ces effets sont complexes et peuvent entraîner des attitudes inverses selon que les individus considèrent le plaisir ou la santé (« *ce n'est pas bon pour mon cholestérol, mais je ne peux pas résister* », « *j'aime bien le gras* », « *je ne peux pas manger sans sauce* ») et selon la prise en compte du court terme comme les effets post-ingestifs ou du long terme. Ainsi, les femmes enceintes surveillent leur régime alimentaire pour

leur ligne future et pour les conséquences qu'elles imaginent chez leur enfant.

La perception des effets sur le corps s'effectue ainsi à travers la culture (8). Par exemple, de nombreux Français refusent les recettes sucrées-salées parce qu'ils pensent que le mélange se digère mal. Le régime pour ne pas grossir répond autant à une conformité aux normes culturelles de l'esthétique du corps, qu'à une préoccupation de santé.

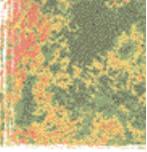
La santé ne se réduit pas à un réflexe de survie, mais est perçue par le filtre des représentations qui sont connotées selon les cas au bien-être, à la durée de vie et au non-vieillesse (9).

La culture joue un rôle aussi important sur les attitudes que les stimuli du système de régulation homéostatique, mais de nombreux exemples permettraient de montrer que la culture et les émotions ne sont pas indépendantes. Ainsi, la faim rappelle suffisamment à l'ordre pour que la plupart des individus ne puissent pas passer une journée sans manger, mais par acquis culturel, ils vont manger quand c'est l'heure. Face à ceux qui disent « *j'aime bien manger* », « *j'ai toujours faim* » ou « *je ne résiste pas au grignotage* », les réflexions sur les repas structurés et le grignotage doivent donc être menées avec beaucoup de précaution.

Les comportements sont ainsi déterminés par cet ensemble complexe des attitudes, émotions et culture. La détermination culturelle peut être directe comme dans les interdits de type religieux (le ramadan, la viande le vendredi saint) ou des normes comme l'interdiction de jeter de la nourriture et donc l'obligation de finir son assiette.

### L'importance des apprentissages

Les comportements ont également une influence sur les représentations et les attitudes par les apprentissages. La catégorisation se constitue en fonction de l'environnement alimentaire par familiarisation (10). Les stimuli des aliments sont mémorisés en association à tous les éléments des contextes d'approvisionnement et de consommation (11, 12). Les produits et leurs contextes forment ainsi des couples indissociables dans les cultures alimentaires.



Comme la langue et d'autres apprentissages corporels (marche, nage, etc.), les apprentissages et la constitution des représentations alimentaires se font en grande partie au cours de l'enfance (11, 13). Ainsi s'élabore la culture individuelle et sociale qui permet au cerveau d'interpréter les significations des stimuli, de réagir en conséquence selon des émotions primaires et/ou selon les normes du groupe social d'appartenance.

L'apprentissage de l'enfant s'effectue aussi par observation des adultes (et en particulier la mère à laquelle sont associées les perceptions de nombreux aliments), par imitation des pairs et par le respect des normes dans un souci d'identification sociale. L'imitation des parents lors de l'enfance et des copains du même âge lors de la pré-adolescence et l'adolescence est ainsi très importante à intégrer dans les conseils de modifications des comportements alimentaires.

L'encyclopédie d'images mentales ainsi constituée sert ensuite à l'individu de référentiel qui donne du sens aux stimuli de l'environnement comme dans l'exemple réputé de la madeleine de Proust. Il est donc important de se rappeler le contexte de l'enfance des individus qui a contribué à former leurs préférences. Il est ainsi plus facile de relancer la consommation de légumes et de pain chez des adultes qui en ont beaucoup consommé lors de leur enfance que chez des jeunes de moins de 20 ans qui en ont généralement peu consommé. Il faut également noter que les changements des habitudes et préférences alimentaires sont encore plus difficiles chez les adultes que chez les enfants.

### Les comportements alimentaires dans l'ensemble des comportements

Enfin, les comportements ont eux-mêmes des influences réciproques entre eux dans le système de contraintes liées à la nature et temporelles. Les comportements dans un champ particulier comme l'alimentaire sont ainsi conditionnés par les autres pratiques (14).

Les choix d'approvisionnements et de préparations culinaires dépendent à la fois des résultats :

- de l'offre provenant du système de production-distribution :

- les produits disponibles : quantités selon lieux, saisons, etc. ;
- et leurs caractéristiques : « qualités », prix ;
- de la répartition des résultats selon les relations sociales : distribution des revenus ;
- de la répartition des rôles dans le système social global (femme « au foyer » ou salariée, restaurants, etc.), qui entraînent des contraintes spatio-temporelles pour les préparations (15) et les savoir-faire culinaires.

De même, les prises alimentaires individuelles ou collectives se réalisent dans le jeu de contraintes liées aux autres comportements :

- les activités de production : lieux, temps, rôles sociaux (« *je n'ai pas le temps de faire les courses* » ;
- les activités non productives : repos, loisirs (« *je n'ai pas envie de cuisiner* ») ;
- les approvisionnements et pratiques culinaires (« *je mange souvent au restaurant* », « *je mange un sandwich tous les midis* »).

L'ensemble de ces contraintes et de ces représentations détermine les

contenus des prises alimentaires, les formes (espaces, temps, ustensiles, manières de table, etc.), et les contextes de consommation (prises individuelles ou collectives). Autant d'éléments à prendre en compte dans les conseils nutritionnels.

Les ambitions éducatives en matière de nutrition doivent être resituées dans un mouvement plus large de médicalisation de la société. L'éducation nutritionnelle s'inscrit en effet dans un processus de promotion globale de la santé. Quels effets peut-on attendre ou doit-on craindre de ces interventions ? Sur quelles conceptions plus ou moins implicites des mangeurs reposent-elles ? Quelle est leur pertinence par rapport aux mangeurs français ? Enfin, en quoi la sociologie de l'alimentation peut-elle être utile dans ce type de projet ?

### La « médicalisation » de l'alimentation

La médicalisation de l'alimentation substitue aux raisons gastronomiques ou symboliques, sur lesquelles s'articulent les décisions alimentaires, des raisons d'ordre médical. Les risques que



fait courir l'alimentation quotidienne pour la santé, mais aussi les bénéfiques qu'une alimentation équilibrée (au sens nutritionnel) permet d'espérer, légitimement le discours médical. L'idée que l'alimentation puisse être un levier de la santé n'est pas une idée neuve. Elle est présente sous la forme de diététiques profanes dans toutes les cultures. Claude Lévi-Strauss a même montré que, loin de relever de l'irrationnel, un grand nombre des connaissances des sociétés traditionnelles relatives aux plantes, aux minéraux et à leurs effets sanitaires, non seulement méritait notre respect mais aussi pouvait être l'objet d'une approche scientifique moderne à travers les ethnosciences. Cependant, dans les modèles alimentaires traditionnels, le sanitaire n'est jamais le seul horizon de sens. La « médicalisation » de l'alimentation n'est donc ni nouvelle, ni problématique *tant que le nutritionnel ne devient pas dominant et n'éclipse pas les autres univers alimentaires* (goût, identité et socialité).

Historiquement, la culture alimentaire française, qui surdéveloppe les dimensions gustatives et gastronomiques, est peut-être sur ce point une exception. Dans des travaux récents, Jean-Louis Flandrin avance l'hypothèse que la gastronomie a émergé au moment où les diététiques profanes, fondées sur la catégorisation hippocratique des aliments (chaud/froid, sec/humide) et des tempéraments, ont été remises en cause par la science moderne. « *Cette invention (la culture du goût) est survenue, en France, au moment où les progrès de la chimie et de la physiologie expérimentale mettaient à mal l'ancienne diététique hippocratique. Longtemps vassalisée par la médecine, la cuisine s'en est donc libérée, lentement et sans bruit, au cours des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles* » (14). Le goût apparaît alors comme le but principal de l'alimentation française. Mais il s'agit ici d'un goût en rupture avec la conception d'Avicenne, dominante à l'époque, selon laquelle « *si le corps de l'homme est sain, toutes les choses qui lui ont meilleure saveur à la bouche, mieux le nourrissent* ». C'est un goût au service du plaisir et du processus de différenciation sociale. Dans la culture gastronomique française, les dimensions nutritionnelles de l'alimentation passent à l'arrière-plan. C'est la raison pour laquelle le processus de médicalisation

de l'alimentation s'est développé en France moins rapidement que dans les pays anglo-saxons.

Cependant, l'affaiblissement – réel ou supposé – des modèles alimentaires traditionnels et le déplacement d'un certain nombre de décisions au niveau de l'individu contribuent en France au développement d'une demande de conseils en matière d'alimentation (16). Cette demande s'exprime tant dans la relation entre le médecin généraliste et son patient que dans les résultats de nombreuses enquêtes. En ce qui concerne les médecins généralistes, ils apparaissent comme les interlocuteurs les mieux à même de donner des conseils car les mieux placés pour comprendre leurs patients dans leur globalité.

La pression du modèle d'esthétique corporelle participe également au processus de médicalisation. Il y a, en France, parmi les personnes qui souhaitent perdre du poids presque autant de personnes « maigres » ou de poids « normal » (46 %) que de personnes « en surpoids » ou « obèses » (54 %). Le désir de maigrir est ainsi pratiquement déconnecté du besoin de maigrir pour raisons de santé, besoin qui est théoriquement fonction de l'indice de masse corporelle (8, 16-18).

Faire fi de la diversité des dimensions culturelles de l'alimentation ne serait pas seulement une erreur stratégique, mais aussi perdre de vue que dans l'alimentation, s'expriment les désirs les plus profonds des individus et le sens de la vie d'une communauté humaine. Sortir de l'opposition sciences positives (issues de la biologie) et irrationalité des cultures, voilà l'enjeu auquel nous sommes aujourd'hui confrontés. Les connaissances des sciences de la nutrition doivent se mettre au service de l'évolution des pratiques dans le respect des modèles alimentaires. Éviter de réduire l'alimentation à sa seule dimension nutritionnelle permettra de renouer avec la grande tradition humaniste de Jean Trémolières, le fondateur de la nutrition française.

**Jean-Louis Lambert**

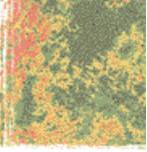
Professeur de sociologie,  
ENITIAA,

**Jean-Pierre Poulain**

Maître de conférence en sociologie,  
Université Toulouse Le Mirail.

## ► Références bibliographiques

- (1) Lahlou S. *Penser manger. Alimentation et représentations sociales*. Paris : Puf, coll. Psychologie sociale, 1998 : 256 p.
- (2) Fischler C. *L'Homnivore : le goût, la cuisine et le corps*. Paris : Odile Jacob, 1990 : 414 p.
- (3) Corbeau J.P. Cultures, nourriture. Paris : Babel, Internationale de l'imaginaire, n° 7, 1997.
- (4) Damasio A. R. *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Paris : Odile Jacob, coll. Sciences, 1995 : 365 p.
- (5) Giachetti I. *Identités des mangeurs, images des aliments*. Paris : Polytechnica, 1996.
- (6) Fischler C. *Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles*. Autrement, 1994, n° 149.
- (7) Giachetti I. *Plaisir et préférences alimentaires*. Paris : Polytechnica, 1992 : 145 p.
- (8) Poulain J.P. *Sociologies de l'alimentation*. Paris : Puf, coll. Sciences sociales et société, 2002 : 288 p.
- (9) Sfez L. *L'utopie de la santé parfaite : colloque de Cérisy*. Paris : Puf, coll. La politique éclatée, 2001 : 488 p.
- (10) Bellisle F. Rôle et mécanismes de l'apprentissage dans les goûts et les conduites alimentaires. In : Giachetti I. *Plaisir et préférences alimentaires*. Paris : Polytechnica, 1992 : 1-30.
- (11) Birch L., Fischer A. The role of experience in the development of children's eating behavior. In : Capaldi E. *Why we eat what we eat. The psychology of eating*. États-Unis, British Library, 1996 : 113-44.
- (12) Rozin P. Sociocultural influences on human food selection. In : Capaldi E. *Why we eat what we eat. The psychology of eating*. États-Unis, British Library, 1996 : 233-66.
- (13) Menella J., Beauchamp G. The early development of human flavor preferences. In : Capaldi E. *Why we eat what we eat. The psychology of eating*. États-Unis, British Library 1996 : 83-112.
- (14) Flandrin J.L., Montanari M. (sous la dir.). *Histoire de l'alimentation*. Paris : Fayard, 1996 : 650 p.
- (15) Lambert J.L. *L'évolution des modèles de consommation alimentaire en France*. Paris. Lavoisier Tec & Doc, 1987 : 188 p.
- (16) Poulain J.P. *Manger en France aujourd'hui*. Toulouse : Privat, 2001 : 304 p.
- (17) Basdevant A. *Sémiologie et clinique de la restriction alimentaire*. Cah. Nutr. Diét. 1998 ; 33, 4 : 235-41.
- (18) Poulain J.P. *Éléments de sociologie de l'alimentation*. In : Basdevant A. *Traité de nutrition clinique*. Paris : Flammarion médecine sciences, 2001 : 91-105.



# L'ogre du Nord-Pas-de-Calais

**« Profigraicaosuglu » : c'est le nom de la formule magique qui vient en aide à un ogre désarmé par son régime alimentaire. Un spectacle pour amorcer joyeusement avec des familles des réflexions sérieuses sur les pratiques alimentaires dans une démarche globale de santé.**

Le programme « Alimentation : pratiques et santé » est né d'une volonté commune du Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) du Nord-Pas-de-Calais et de professionnels de structures amenées à faire de l'accompagnement alimentaire – centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, centre de santé, centre hospitalier, etc. Tous souhaitaient réfléchir à un type d'action d'éducation nutritionnelle novateur dans la région. Fin 2001, le Cres a lancé ce programme, financé par la Drass, la Cram et le Conseil général du Pas-de-Calais dans le cadre du Programme régional de santé « Santé cardiovasculaire », sur huit sites.

Ce programme a pour objectifs d'inviter les familles à se questionner sur leurs pratiques alimentaires (habitudes et choix, histoire familiale ou régionale), de façon ludique, en prenant du recul sur leur quotidien, sans jugement ni culpabilisation, de trouver elles-mêmes des réponses, de partager leur savoir-faire avec d'autres et de proposer d'autres actions de santé.

## Une approche, une méthode

Le Cres a élaboré une démarche de conseil et d'accompagnement méthodologique pour toute équipe désireuse de mettre en place des actions d'éducation pour la santé sur l'alimentation. Il s'agit avant tout d'aider, de favoriser et de compléter les initiatives d'acteurs locaux du secteur social, éducatif ou sanitaire en construisant des actions à partir de leurs expériences et des attentes ou demandes exprimées par les familles. Le Cres et le Comité départemental d'éducation pour la santé du Pas-de-Calais (CDES 62) apportent une

aide et un suivi allant de la conception d'un projet à sa mise en œuvre, en passant par des soutiens techniques pour mener et évaluer des actions.

## Trois outils complémentaires

- Un spectacle « *Profigraicaosuglu* ». Cette aventure musicale, écrite par Jean-Jacques Commien, met en scène un savant professeur de nutrition discourant devant des enfants sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée, jusqu'à l'arrivée tonitruante d'un ogre déboussolé par un régime alimentaire anarchique qui l'appelle au secours. Le professeur est ainsi amené à prononcer, puis expliquer sa formule magique « *Profigraicaosuglu* » pour conjurer en rythme et avec le sourire forme, santé, alimentation et plaisir... Le spectacle ne cherche pas à apporter les « bonnes réponses », mais à aider le public à se poser des questions sur l'alimentation et à favoriser le dialogue entre parents et enfants. En début de programme, c'est un moyen d'amorcer une réflexion par rapport à ses habitudes alimentaires.

- Un CD audio du spectacle est remis à chaque famille ayant assisté à la représentation. Il comprend un livret, rédigé par les diététiciennes du Cres, qui glisse entre les paroles des chansons, des conseils, informations, repères concrets et astuces à destination des parents. Il aborde la question de l'adéquation des apports alimentaires aux besoins énergétiques, celle des sucreries, des grignotages, du goûter, du surpoids et de l'image de soi, du rythme de vie et des rythmes alimentaires, des goûts et des dégoûts, des groupes d'aliments, des

sollicitations commerciales, du plaisir de cuisiner, de la convivialité.

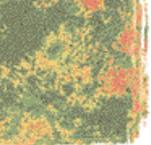
Sur un ton de déculpabilisation et de mise en avant des savoir-faire, le CD et son livret permettent aux familles de poursuivre les réflexions amorcées lors du spectacle.

- Un cahier méthodologique pour aider à mettre en place des actions dans le cadre du programme. Ce document, en cours de finalisation, est élaboré en lien avec les acteurs de terrain et s'enrichit de ce qui émerge de l'expérimentation du programme.

Il comporte des rappels sur l'éducation pour la santé, présente la démarche de projet, des partenaires possibles, d'autres outils pédagogiques, une bibliographie, et invite les acteurs à travailler à partir du spectacle en donnant diverses pistes d'activités, par exemple :

- *chanson de Gédéon* (pour calmer l'ogre, le professeur lui donne ce qu'il aime) : choix de la facilité pour éviter d'avoir à gérer un conflit ;
- *chanson du grignotage* : qu'est-ce que grignoter, pourquoi le fait-on, dans quelles conditions, etc. ;
- *chanson « profigraicaosuglu »* : les groupes d'aliments ;
- *jambon purée* : stratégies pour inciter à goûter, valorisation de la variété alimentaire ;
- *chanson du caddy* : influence des lieux de consommation, de la publicité, des médias et des pairs sur les choix et achats alimentaires ;
- *chanson « ma mère »* : transmission du savoir culinaire, implication de tous dans la préparation des repas, renforcement des échanges et des liens, alternative au temps passé devant la télévision ou les jeux vidéo.





### Exemple du site de Berck-sur-Mer

Plusieurs professionnels mobilisés localement autour d'actions d'éducation nutritionnelle souhaitaient être accompagnés pour poursuivre leur travail sur l'alimentation et la santé. La caisse primaire d'assurance maladie de Boulogne-sur-Mer, le Cres et le Codes ont ainsi travaillé à la mise en place du programme avec un groupe de professionnels et de bénévoles comprenant la coordonnatrice du Programme territorial de santé, des diététiciens hospitaliers, des infirmières scolaires, une élue, des salariés du conseil général, du CCAS, de crèches et haltes-garderies, d'instituts médico-éducatifs, de clubs et résidences de personnes âgées, de centres sociaux, etc. Ce comité de pilotage a décidé de lancer le programme par l'organisation de deux représentations hors du temps scolaire, devant un public large, volontaire et familial, pour réunir parents et enfants autour des questions relatives à l'alimentation, sans pour autant exclure les adultes appartenant

à la sphère éducative de l'enfant (enseignant, assistante maternelle, etc.). Dans cette optique, ils ont opté pour un système d'entrée libre et une communication large sur la tenue du spectacle par affichage et par le biais de leurs réseaux respectifs en diffusant l'information dans la ville mais aussi dans toutes les petites communes des environs. Deux représentations ont donc été organisées en mars 2002 : un mercredi après-midi devant un public de quatre cents personnes, constitué de familles, d'enfants de centres de loisirs, de personnes âgées, d'assistantes maternelles, d'étudiants, de personnes handicapées, et un mercredi soir devant un public de deux cents personnes, exclusivement familial.

Au cours d'un buffet organisé après chaque représentation, les spectateurs étaient invités à remplir un questionnaire pour recueillir leur avis concernant le spectacle ainsi que leurs attentes, demandes et éventuelles envies de poursuivre une réflexion sur l'alimentation et la santé. Le dépouillement de

ces questionnaires, actuellement en cours, permettra de préciser des priorités d'actions pour la suite du programme.

En interpellant parents et enfants au sujet de leurs habitudes alimentaires, puis en cherchant à travailler sur leurs représentations, connaissances et savoir-faire, ce programme constitue un moyen d'accroître leurs aptitudes à adopter des comportements alimentaires favorables à leur santé.

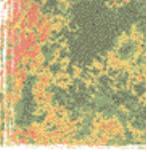
**Christelle Duchêne**

Chargée de mission,  
service Appui au développement  
de l'éducation pour la santé, CFES.

#### Contact :

Florence Trouart  
Comité régional d'éducation pour la santé du  
Nord-Pas-de-Calais  
MRPS, 13 rue Faidherbe  
59046 Lille Cedex





# « Mon restau en l'an 2002 »

**Un protocole d'essai d'intervention éducative en restauration scolaire pour des enfants de 6 à 11 ans est entrepris depuis 2000. Présentation de l'expérimentation et premiers résultats.**

« Mon restau en l'an 2002 » est un programme d'éducation nutritionnelle, initié par la ville de Montpellier en partenariat avec l'espace de prévention Épidaure du Centre régional de lutte contre le cancer, centre ressources de l'Inspection académique de l'Hérault. Destiné aux enfants fréquentant les écoles élémentaires de la ville, il réunit les personnels techniques de la cuisine centrale, les agents et équipes d'animation des restaurants scolaires, ainsi que les enseignants et représentants des parents des écoles concernées.

Ce protocole initié en 2000, est piloté de manière collégiale par une équipe pluridisciplinaire qui s'est répartie différentes fonctions et missions. Un enseignant et une aide-éducatrice du centre Épidaure proposent la conception et l'animation des activités pédagogiques ainsi que l'information en direction des enseignants. Le directeur des cuisines centrales de la ville de Montpellier assure la mobilisation des moyens et des équipes techniques impliquées dans le projet au niveau central. La diététicienne des cuisines centrales a en charge la programmation et la coordination des interventions dans les restaurants ainsi que l'information des animateurs et agents techniques. À chaque étape, des validations sont assurées à la fois par l'inspecteur d'académie, le directeur scientifique d'Épidaure (CRIC) ainsi que l'adjoint au maire à l'enseignement de la ville de Montpellier.

Les objectifs poursuivis sont de deux ordres. Il s'agit, d'une part, de travailler avec les enfants afin d'améliorer leurs connaissances sur l'alimentation, la nutrition et les métiers de la restauration, et également de développer leurs aptitudes

sensorielles et gustatives. D'autre part, le programme se fixe comme objectifs de développer, chez les enfants, des compétences qui dépassent le cadre de la nutrition et de la restauration scolaire pour s'inscrire dans une dynamique plus large de promotion de la santé. Ces compétences se déclinent autour de trois axes : aiguiser l'esprit critique, favoriser l'expression et la créativité, et inscrire les enfants dans une démarche citoyenne de « bien vivre ensemble ».

## Un dispositif d'actions pédagogiques diversifié

Le dispositif d'action s'appuie sur une approche globale de l'élève, une méthode active et une démarche participative et communautaire, associant tous les acteurs directs ou non, les personnels techniques ou éducatifs.

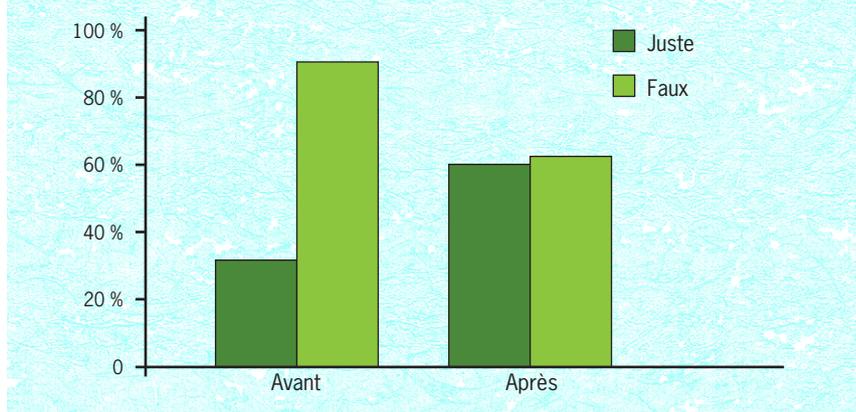
Ainsi, des rencontres-débat avec les professionnels de la cuisine (cuisiniers, chauffeurs, qualité, diététicienne, etc.) sont organisées chaque semaine. Elles permettent aux enfants d'exprimer

leurs inquiétudes, de poser leurs questions du style « *les omelettes que l'on mange sont-elles faites avec des œufs ou avec de la poudre ? Pourquoi n'avons-nous jamais de glaces en dessert ?* ». La rencontre avec les différents personnels leur permet de mieux comprendre le pourquoi et le comment de leurs repas à l'école, et cet échange permet d'informer et de dédramatiser les nouvelles qu'ils reçoivent en abondance dans les médias. Chaque semaine également, une animation ludo-éducative (chasse au trésor, etc.) permet de travailler sur les familles d'aliments et leur fonction nutritive.

Le lien entre les différents intervenants de la communauté éducative peut s'établir grâce à l'organisation de *repas-événement*. Les enseignants, les représentants des parents, les élus sont invités par les enfants à venir déjeuner au restaurant scolaire de leur établissement. Lors de ce repas, le menu est classique mais à cette occasion, les enfants sont amenés à exercer leur capacité à



**Évolution des résultats au test de connaissances avant et après animation. Session 2000-2001.**



faire des choix par l'intermédiaire du plateau de fromages. De même, le dessert est entièrement confectionné par les enfants. Un adulte invité s'assied à chaque table et un lien se crée avec les enfants. Cela permet aux élèves de présenter leur lieu de restauration à des adultes qui n'ont pas fréquenté cet endroit depuis fort longtemps et qui conservent des représentations qui datent de leur propre enfance. De plus, cela peut permettre aux adultes de faire lien entre ce qui se passe en classe et à la cantine et inversement, comprendre comment ce qui se passe à la cantine peut influencer la vie en classe.

Afin de dépasser le seul cadre de la restauration scolaire et d'intégrer l'ensemble des enfants dans le programme (y compris ceux qui ne mangent pas à l'école), des *activités socio-éducatives* sur le temps périscolaire et des *activités pédagogiques* en classe sont également mises en œuvre. Des kits de jeux sur l'alimentation et la nutrition sont mis à disposition des animateurs municipaux et des livrets comportant une série d'exercices et de jeux permettent de faire le point sur les connaissances et attitudes des enfants de manière très transversale aux différents enseignements. Enfin, une *exposition interactive* à la disposition des classes est installée dans l'école.

Toutes ces actions, outre servir les objectifs définis au début du programme, tendent à créer un lien entre tous les intervenants et avec les enfants afin de mieux se connaître, mieux se comprendre et donc « mieux vivre ensemble ».

### Premières évaluations

Le programme en est à sa troisième session ; il a concerné à ce jour près de 3 500 enfants fréquentant une vingtaine d'écoles et leurs restaurants. À terme, ce programme devrait impliquer tous les élèves des classes élémentaires et maternelles des écoles de la ville, soit un total de 18 000 enfants.

L'évaluation en cours porte sur la pertinence du programme par rapport aux priorités de santé publique, de l'Éducation nationale et des services socio-éducatifs de la ville, mais également sur les résultats de ce protocole d'essai :

- l'amélioration des connaissances des enfants en matière d'alimentation et nutrition ;
- le développement par les enfants de compétences sensorielles, gustatives ;
- l'affirmation chez les enfants d'aptitudes instrumentales et psychologiques à la communication, l'argumentation, l'esprit critique pour la prise de décision ;
- son impact sur l'évolution des représentations des enfants par rapport aux attitudes et comportements en matière d'alimentation, nutrition et restauration collective ;
- la mesure de l'indice de diffusion de l'information auprès des familles.

La méthode d'évaluation consiste à proposer un questionnaire aux enfants avant et après l'action, puis deux mois après la fin de l'action. Les enseignants, les équipes d'animation et les parents sont également consultés dans la semaine qui suit l'intervention. Parallèlement, cinq écoles non exposées au

programme servent de témoins et permettent de mesurer des écarts.

Les premiers résultats des évaluations en cours montrent un indice positif de satisfaction des divers intervenants et partenaires. Du côté des enfants ayant participé à l'ensemble du programme, une augmentation significative des connaissances est observée. La session en cours devrait permettre d'affiner les observations sur l'évolution des attitudes et comportements des enfants. Les résultats de cette étude soutenue par la Drass et l'Urcam seront prochainement publiés.

### Perspectives

Sur la base de nos diverses évaluations, les trois prochaines sessions du programme consisteront à la mise en place d'un dispositif similaire en direction des enfants des écoles maternelles. Pour ce public, si la finalité reste identique, cela implique bien sûr de revoir la formulation des objectifs spécifiques et opérationnels ainsi que l'adaptation des outils à mettre à disposition des diverses équipes éducatives.

#### Jean-Christophe Azorin

Professeur des écoles,  
Responsable pédagogique  
du centre ressources Épidaure,

#### Danièle Alart

Diététicienne des cuisines centrales  
de la ville de Montpellier,

#### Pr Hélène Sancho-Garnier

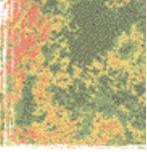
Directrice scientifique d'Épidaure  
CRLC superviseur du programme

#### Bruno Housseau

Chargé de mission,  
service Appui au développement  
de l'Éducation pour la santé, CFES.

Épidaure est l'espace de prévention du Centre régional de lutte contre le cancer. Dans le cadre d'une convention avec l'Inspection académique de l'Hérault, il abrite un centre ressources dédié à la promotion de la santé à l'usage des enseignants et des élèves de la région. Épidaure a une audience annuelle moyenne de 20 000 enfants et jeunes engagés dans des projets santé. L'équipe pluridisciplinaire d'Épidaure travaille sur quatre axes : information et communication, formation, recherche et production, évaluation.

Épidaure - 1, rue des Apothicaires  
34298 Montpellier cedex 5 - tél. 04 67 61 30 11  
epidaure@valdorel.fnclcc.fr  
www.valdorel.fnclcc.fr/prevent.htm



# Des rencontres-formation pour les collèges et les lycées de Languedoc-Roussillon

**Pour accompagner et développer un programme régional santé sur l'alimentation et la nutrition, des rencontres permettant l'échange d'expériences et l'apport d'informations nutritionnelles et méthodologiques ont été organisées dans cette région.**

Le Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) du Languedoc-Roussillon, l'Agence méditerranéenne de l'environnement, un comité de pilotage composé d'experts de la nutrition, de l'éducation, de l'éducation pour la santé, de parents d'élèves... et dix-huit établissements scolaires volontaires de la région travaillent depuis deux ans sur un projet intitulé « Alimentation et santé des lycéens et collégiens en Languedoc-Roussillon ».

Ce projet, dont l'objectif est de favoriser et de soutenir, par une dynamique d'échanges et de partenariats, la mise en place d'actions incluant les principes de l'éducation pour la santé sur le thème de l'alimentation, s'inscrit dans le cadre du Programme régional de santé (PRS) Alimentation et nutrition du Languedoc-Roussillon, qui existe depuis 1998. Il est, par ailleurs, un relais du Programme national nutrition santé (PNNS).

## Connaissance de la situation

C'est par un questionnaire d'enquête permettant d'identifier les établissements scolaires de la région qui menaient des actions sur le thème de l'alimentation qu'a débuté, en 1999, ce projet. Cette première phase d'investigation complétée par une visite des dix-huit établissements scolaires (dix collèges et huit lycées) acceptant de constituer des « sites pilotes » a permis, d'une part, de connaître précisément les actions menées dans les établissements

et de repérer les contraintes rencontrées par les porteurs de projet et, d'autre part, de mieux connaître leurs attentes en terme d'accompagnement et de soutien méthodologique.

Ces entretiens ont mis en évidence que :

- les professionnels à l'origine d'une dynamique sur ce thème sont variés (enseignants, services de santé, intendants, professionnels de la restauration, etc.) ;
- les actions en cours portent sur différents aspects de l'alimentation (équilibre alimentaire, convivialité, etc.) ;
- peu de projets sont évalués ;
- peu de projets associent les élèves (et les parents) dans leur élaboration.

Outre leurs attentes en matière d'aide méthodologique et de connaissances, les porteurs de projets ont exprimé principalement le besoin de se rencontrer et d'échanger.

## L'alimentation vecteur de rencontres et d'échanges

Pour répondre à ces attentes, il a été organisé, entre mai 2001 et février 2002, quatre demi-journées de sensibilisation appelées « rencontres-formation ».

Basées sur l'échange et ouvertes à tous les établissements scolaires de la région (toutes fonctions confondues, professionnels et associations concernés par l'alimentation), ces rencontres ont mis en évidence l'importance, dans une démarche d'éducation pour

la santé, de faire participer l'ensemble des acteurs. Elles couplaient une intervention d'expert, apportant une vision théorique du sujet, au témoignage d'un professionnel des établissements scolaires donnant une vision plus pratique.

Les trois premières rencontres-formation portaient sur différents aspects de l'alimentation. Elles ont permis de répondre à un certain nombre d'interrogations telles que : comment aider les élèves qui fréquentent les restaurants scolaires à gérer leurs choix alimentaires ? Une adaptation du cadre du restaurant scolaire peut-elle favoriser la convivialité et le plaisir ? Comment la restauration scolaire peut-elle répondre aux besoins particuliers de certains élèves (sportifs, élèves en filière agricole, etc.) ? La quatrième rencontre, beaucoup plus transversale, a, quant à elle, abordé la méthodologie de projet éducatif et notamment soulevé les aspects de la participation des jeunes (réaliser un projet avec et pour eux) et de l'évaluation (évaluer : pourquoi ? comment ?).

En parallèle de ces rencontres, a été organisée entre les établissements pilotes et à leur demande, une journée d'échange sur les actions d'éducation pour la santé autour du petit déjeuner. Cette journée avait pour objectif d'apporter des réponses aux nombreuses questions qu'ils se posaient ; par



exemple, est-il indispensable de prendre un petit déjeuner ? Quelle alternative proposer à la prise de petit déjeuner ?...

### Perspectives

Si cette stratégie d'action permet de rassembler des personnes d'horizons différents autour d'un projet commun, de susciter leurs questionnements et leur motivation à s'investir sur cette thématique dans une dynamique d'éducation pour la santé, elle ne donne pas de recettes. Aussi son intérêt réside dans sa poursuite, c'est-à-dire l'accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre de leur projet.

Voilà pourquoi il est aujourd'hui envisagé d'élaborer, en étroite collaboration avec les établissements scolaires de la région, un « document ressource » destiné à l'ensemble de leurs professionnels, leur apportant un soutien documentaire et méthodologique. Ce document devrait comporter des informations d'ordre général (références d'ouvrages et d'outils pédagogiques, coordonnées de structures et de personnes pouvant participer à la mise en place d'actions, etc.), des fiches d'informations pratiques d'aide à l'action et des analyses thématiques d'actions déjà réalisées.

Ce projet qui mobilise diverses professions a permis d'enclencher des échanges sur l'alimentation au sein des établissements scolaires. Cherchant à impliquer aussi bien les professionnels de l'Éducation nationale que ceux de la restauration scolaire ou encore ceux de la santé, et à soulever les possibilités et les contraintes de chacun dans la mise en place d'actions de promotion de la santé sur l'alimentation, il permet aux différentes populations d'identifier un réseau d'acteurs de proximité susceptibles de favoriser l'acquisition par les élèves de comportements alimentaires favorables à leur santé.

**Anne Brozzetti**

Chargée de projet,

**Christelle Picca**

Stagiaire,

**Claude Terral**

Président,

Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) du Languedoc-Roussillon, Montpellier.

# Une expérience de santé communautaire centrée sur l'alimentation dans des quartiers en difficulté

**L'action relatée ici a dix ans d'histoire et de remises en cause. Elle aboutit aujourd'hui à un programme territorial de santé. L'expérience et l'analyse que les auteurs nous font partager amènent à réfléchir aux préalables nécessaires à la mise en place de projets de santé communautaire.**

C'est en 1991 que commence notre projet, alors qu'une enquête réalisée dans notre agglomération de Roubaix auprès de 13 000 personnes montrait que l'obésité était extrêmement courante et qu'environ 25 % de la population globalement présentaient une surcharge pondérale avec une répartition quasi identique entre les sexes. En fait, si on analysait cette donnée en fonction de l'âge, on s'apercevait que la surcharge pondérale était plus importante chez les jeunes filles (près de 10 %) que chez les hommes jeunes (moins de 3 %), mais que, progressivement, les courbes hommes et femmes se rejoignaient pour atteindre aux alentours de la quarantaine un pourcentage de 40 % d'obèses.

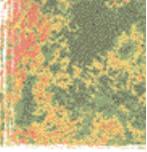
À la même époque, une étude était réalisée dans des quartiers de Roubaix sur « le reste à consommer ». Cinquante familles avaient été étudiées et parmi celles-ci, 42 % avaient moins de 26 francs par jour et par personne adulte pour vivre, toutes les charges obligatoires ayant été déduites. C'est dans ce contexte, alors que le développement de la réinsertion sociale en était à ses débuts, qu'il nous paraissait primordial qu'une réinsertion nutritionnelle adaptée pour les personnes âgées, les adultes, les adolescents et les enfants, soit mise en place. Ainsi est né ce projet que nous avons intitulé à son début « Projet d'éducation nutrition-

nelle en milieu défavorisé dans le cadre de la réinsertion sociale ».

Cette action se divisait en deux grandes parties :

- une action de dépistage, de bilan et de traitement pour les personnes carencées du point de vue nutritionnel, plus particulièrement pour les personnes bénéficiant du RMI. Cette action de dépistage devait se situer au niveau des quartiers en collaboration avec les associations et les médecins généralistes. Un bilan nutritionnel était réalisé au centre hospitalier et un suivi médical, diététique, psychologique et social était envisagé dans un deuxième temps, à nouveau au niveau du quartier ;
- une action d'information plus générale, qui passerait par les différents relais de quartiers (centre social, association caritative, lycée, école, médecin généraliste, pharmacie, PMI, etc.), était également prévue avec une formation des intervenants.

Ce projet fut un échec cuisant puisque, d'une part, le dépistage devait se résumer à une trentaine de personnes qui, après moult palabres, ont accepté de réaliser un bilan métabolique, effectivement perturbé, et que, d'autre part, dans le cadre du suivi de quartier, très peu de ces patients se présentaient aux consultations que nous organisions régulièrement.



Il est évident que cet échec nous a amenés, à l'époque, à réfléchir, professionnels de santé, responsables d'associations de quartiers et habitants sur ces causes, alors que nous partions sur un constat de santé objectif et épidémiologique évident, à savoir que l'état nutritionnel des personnes en difficulté était vraiment de très mauvaise qualité.

### La remise en cause : « La santé dans nos quartiers, c'est la santé de nos quartiers »

Cette remise en cause est passée par la mise en place de groupes de paroles auprès des habitants eux-mêmes sur leurs besoins de santé.

- Trois questions leur étaient posées :
- « Êtes-vous satisfait de votre santé ? »
  - « Quels sont les éléments qui peuvent vous empêcher de vous occuper de votre santé ? »
  - « Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? ».

L'analyse des résultats a commencé à nous éclairer de manière beaucoup plus nette sur les causes de notre échec.

Si la santé représentait une chose très importante pour ces habitants (100 %), les deux tiers étaient satisfaits de leur

santé, nous répondant le plus souvent « Vous vous rendez compte, avec tous les problèmes que j'ai actuellement, si en plus je ne me sentais pas en bonne santé... Où en serais-je ? ». La deuxième question allait nous informer sur les éléments qui les empêchaient de s'intéresser à leur santé. Le manque de temps et le manque d'argent venaient bien sûr en priorité. Mais ce sont surtout les autres éléments qui retenaient notre attention : la solitude, le désintéressement de soi, l'image négative de soi, la peur de la maladie et, dans ce contexte, il nous apparaissait alors très simple d'appréhender pourquoi cette population n'envisageait pas de prendre en charge sa santé même si elle était malade. La problématique principale reposait sur l'absence de projet de vie et, dans ce contexte, toute prise en charge personnelle, toute option de prévention devenaient effectivement superflues. L'enfant était au cœur du problème, car c'était en fait la seule projection dans le futur que se donnaient ces populations. C'est ainsi que, ces habitants ont proposé la création d'un centre de soins de proximité destiné à les accueillir, les aider et les informer, et ce, dans un cadre plus global d'aide à la prise en charge de leurs problèmes quotidiens

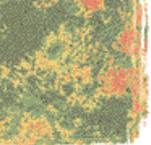
qu'ils soient bien sûr de santé, mais également de logement, de prise en charge sociale, d'accès aux soins, etc. Ce projet n'a finalement jamais vu le jour mais il a permis de changer les mentalités et une politique de quartier nouvelle s'est instaurée en matière de santé.

### Vers une nouvelle politique de quartier en matière de santé

Les habitants et les associations de quartiers se sont regroupés et ont envisagé de développer des actions collectives, communautaires qui, indirectement, par l'information et la sensibilité, permettraient aux populations du quartier d'avoir une meilleure santé. Se sont alors développés l'atelier cuisine, la randonnée pédestre, les jardins familiaux, le congélateur communautaire... Et c'est à partir de ces différentes actions qu'un groupe de femmes a souhaité avoir une aide plus appropriée dans le domaine de l'aide à la gestion du poids. Nous étions maintenant en 1998, soit sept ans après l'initiation du projet.

L'action « Comment équilibrer son alimentation et/ou perdre du poids » a été réalisée en partenariat avec quatre quartiers de la ville de Roubaix : Pile, Sainte-Elisabeth, Moulin, Potennerie.





Elle a été ouverte aux habitants de ces différents quartiers constitués en majorité de personnes en difficulté. L'action s'est étalée sur plusieurs mois, à raison d'une séance par semaine de deux heures, hormis les périodes de vacances scolaires, animées en alternance par une diététicienne ou une psychologue.

Ainsi, trois groupes ont été mis en place. Le premier, constitué en moyenne de 8 femmes (13 au total en début d'action), a été ainsi suivi pendant 17 séances. À leur demande, des séances de rappel ont eu lieu pendant plus d'un an (à raison d'une fois par mois). Le second groupe a été constitué en moyenne de 6 femmes, mais n'a pas donné de suite. Quand au troisième groupe, 8 femmes (12 au départ) y participent et suivent le même programme. Celles-ci ont également demandé que l'action se poursuive à l'issue de la première session.

Globalement, les personnes se disent satisfaites des séances. Elles ont pris conscience de l'importance d'équilibrer leurs repas et disent se sentir mieux moralement et en meilleure forme physique. Elles ont perdu du poids tout en conservant le plaisir de manger et ce, sans frustration, sans rebond comme il est constaté dans les méthodes usuellement proposées. Elles ont appliqué ces nouvelles habitudes

au sein de leur famille et s'en disent « fières », ce qui contribue à améliorer l'estime d'elles-mêmes. Elles ont travaillé sur leur comportement alimentaire et sont plus à l'écoute de leur corps, de leurs sensations de faim et de satiété. Elles ont aussi pris conscience de l'importance de l'activité physique et mettent en pratique quelques conseils : marcher davantage, aller à la piscine, à la gymnastique, à des séances de sophrologie (activités de quartier). Une habitante nous cite pour le bilan de la première session : *« J'ai pris conscience que mon corps n'était pas une poubelle et que manger équilibré, c'était aussi mon capital santé. Finalement, la santé passe par l'assiette et ça c'est à moi de la gérer ! ».*

### Conclusion

Cette expérience nous a incités à beaucoup de prudence dans l'aide que nous – professionnels de santé, responsables institutionnels, responsables d'associations de quartier – souhaitons apporter à la population pour améliorer sa santé, ses conditions et sa qualité de vie. Il est bien certain que ce sont les habitants eux-mêmes qui nous ont permis de faire ce constat et d'essayer de répondre effectivement à leurs demandes. On peut voir également toutes les difficultés qui ont pu être rencontrées pour arriver à une aide à la prise en charge du point de vue nutritionnel d'une trentaine de personnes.

Ceci est pourtant, à notre avis, capital car plus de dix ans après le début de ce projet, est en train de se mettre en place au niveau de l'agglomération roubaisienne un programme territorial de santé, initié par les institutionnels (villes, Conseil général, Ddass, hôpital) en association avec des professionnels de santé, les associations de quartier, ainsi que les différents autres intervenants auprès de la population.

Le programme est lui aussi centré sur l'alimentation, avec comme base :

- se nourrir : c'est le minimum ;
- bien se nourrir : c'est l'approche préventive des problèmes nutritionnels qui se posent auprès de la population de notre agglomération, notamment chez l'enfant ;
- mieux se nourrir : l'axe d'éducation thérapeutique nécessaire aux patients porteurs de maladies nutritionnelles et qui ont besoin d'une aide dans ce cadre.

Il est sûr qu'en 1991, en présentant notre projet, nous touchions à des identités fortes liées à la population elle-même, mais également aux institutions, et ceci a été vraisemblablement la cause de l'échec intermédiaire, car nous n'avions pas analysé les préalables à la mise en place d'une telle action. Dix ans après, la situation a changé, et les échanges entre les différents partenaires et la population sont vraisemblablement la base de cette réussite.

Cette expérience doit avant tout faire réfléchir aux préalables nécessaires à la mise en place d'une stratégie de santé communautaire que l'on souhaite projeter sur un quartier ou une population et ce, en dehors de tout constat d'ordre épidémiologique.

**Jean-Louis Grenier**

Diabétologue, nutritionniste,  
président de l'Irpeps,

**Fanny Bracq, Nathalie Duthieuw,  
Jacqueline Denis, Florence Urbain,**

Institut de recherche pour la promotion  
de l'éducation du patient et la formation  
du soignant (Irpeps),

**Martine Bulle, Sabine Boidin**

Centre social « Maison des deux Quartiers »

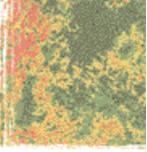
**Sophie Terrier**

Centre social « Moulin Potennerie »

**Agnès Delepaut**

Comité de quartier « Moulin Potennerie »,  
Roubaix.





# L'éducation pour la santé dans le Programme national nutrition santé

**Le Programme national nutrition santé (PNNS) est en France la première démarche de santé publique d'une ampleur nationale. L'éducation pour la santé y occupe une place importante comme le souligne le Dr Michel Chauliac, chef du projet nutrition-santé à la direction générale de la Santé.**

Le Programme national nutrition santé est maintenant en place depuis plus d'un an<sup>1</sup>. En agissant sur un déterminant majeur de la santé, la nutrition, il vise à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population (*voir encadré*). Cette orientation claire, reposant sur des objectifs précis, quantifiés, fixés sur une échéance de cinq ans est, en France, une innovation majeure. L'explosion de la fréquence d'obésité chez l'enfant a été un révélateur puissant aboutissant à ce tournant. Au travers de ce programme, il ne s'agit pas de s'attaquer à une maladie particulière ou de fustiger des comportements. Le programme est essentiellement tourné vers la prévention, surtout primaire, et inclut de nombreuses actions de promotion de la santé. Sa philosophie est positive : l'alimentation est un plaisir, c'est un moment favorable à la détente, à la convivialité, c'est un marqueur identitaire individuel, familial et social puissant. Valoriser les aspects positifs et limiter les tendances négatives des comportements est à la base du programme. Il prévoit une diversité de stratégies qui, ensemble, en synergie, doivent permettre l'atteinte des objectifs indissociables qui ont été fixés.

## Des mots clés

*Indissociable*, mot clef important du programme : l'alimentation est un tout, il ne s'agit pas de valoriser tel ou tel apport nutritionnel isolément du reste du régime alimentaire. Dans un contexte de surabondance de l'offre,

l'accumulation de messages sur les risques de déficiences en fer, en telle ou telle vitamine, en calcium, en protéines ou même en énergie au moment de l'effort (de celui qui, le dimanche, va faire trois kilomètres à pied) n'induit-elle pas un excès de consommation globale par rapport aux besoins, cause majeure des problèmes nutritionnels les plus fréquents ?

*Cohérence* autre mot clef fondamental du programme : ce fut l'une des demandes fortes de la population durant les États généraux de l'alimentation en 2000 : elle a exprimé son désarroi devant la multitude de messages trop souvent contradictoires, relatifs à la nutrition, qui lui parvenaient par diverses sources médiatiques ou professionnelles ou familiales. Qui croire quand les mots ont été tant galvaudés, vidés de leur sens ?

## Des référentiels pour mettre en œuvre des stratégies d'éducation

En deçà de toute réflexion sur les stratégies d'éducation en matière de nutrition, il était nécessaire de se mettre d'accord sur le contenu : qu'est-ce qui se révèle scientifiquement fondé dans les discours en matière de nutrition ?

Avec les apports nutritionnels par l'alimentation, il a fallu intégrer complètement, dans le sens du mot nutrition, la dimension relative à la dépense énergétique. En se fondant sur les connaissances accumulées, cette dé-

pense énergétique est conçue non pas comme liée à une activité sportive mais comme une activité physique de base, quotidienne. Sa promotion devrait dès lors être orientée sur la prise de conscience de l'absence de mouvement auquel notre société mécanisée conduit : robots et machines variées à domicile, ascenseurs, escaliers mécaniques, transports en commun ou véhicules individuels y compris voire surtout en milieu rural ; au-delà de son influence sur l'état nutritionnel, l'activité physique est essentielle à de multiples fonctions vitales.

Il a fallu se mettre d'accord sur les repères de consommation que l'on pouvait préconiser pour la population en général : c'est tout le sens du travail mené par de multiples partenaires pluriprofessionnels et pluridisciplinaires, du secteur public exclusivement, durant plus d'un an. Les slogans trop facilement détournés par des intérêts particuliers « mangez varié et équilibré » ou « mangez de tout, un peu » ont été progressivement vidés de leur sens. Parvenir à un accord des spécialistes pour proposer des repères, dans le cadre des objectifs du PNNS, afin que chaque professionnel et chaque citoyen parle de la même chose ne fut pas une entreprise si aisée : comment suggérer des quantités, pour quels types d'aliments, regroupés comment, avec quelle justification ? Comment présenter ces repères ? comment s'éloigner du « catéchisme normatif » englouti comme un mauvais médicament par des publics



qui, pour la plupart, le connaissent sans l'appliquer. Tout professionnel de l'éducation pour la santé a pu en faire la critique ? C'était un autre défi. Le guide alimentaire va voir le jour prochainement avec ses deux versions : grand public et professionnels (voir articles de C. Delamaire). Elles ont été travaillées ensemble pour assurer la cohérence, pour que le citoyen puisse trouver auprès du professionnel de santé ou de l'éducation pour la santé qu'il consultera les éléments complémentaires de compréhension qu'il recherche. Le guide alimentaire grand public sera complété l'an prochain par des guides spécifiques destinés aux enfants et adolescents, aux personnes âgées, ainsi qu'aux femmes, notamment enceintes ou allaitantes.

### La campagne fruits et légumes

La campagne médiatique sur les fruits et légumes « au moins cinq fruits

et légumes par jour », « frais en conserve ou surgelés, les fruits et légumes protègent votre santé » (voir article de F. Condroyer) fait partie de ces outils de base dont l'impulsion par le niveau national assure une visibilité et qui trouve de multiples déclinaisons locales. Elle a connu un retentissement important ; peu à peu, cette option fondamentale fait son chemin, malgré les difficultés, malgré les variations de prix des produits frais, malgré les confusions des messages à vocation commerciale. L'éducateur est aussi là pour, très concrètement, montrer, « faire avec », afin que la forme de ces aliments la plus attrayante, la moins coûteuse, celle qui procurera le plaisir des sens soit choisie.

### Créativité et innovation

Sur cette base, des déclinaisons d'outils destinés à atteindre des publics plus spécifiques verront le jour. Des stratégies d'éducation visant des évolutions

favorables des comportements, en tenant compte de leur diversité, émergeront. Ces dernières sont favorisées par les ressources mobilisées à niveau local sur le PNNS ou le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), mais aussi le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) qui, en 2002, intègre la composante nutrition. Au niveau national, c'est un appel à projet clos en mars 2002 mais qui sera probablement reconduit en 2003. L'appel est fait à la créativité, dans un cadre assurant l'évaluation des actions, évaluation non seulement des processus, mais aussi des résultats. Ciblage étroit, aire géographique large, lieu institutionnel précis, groupe social restreint, risque visé clairement identifié, partenariat multiple. La variété des suggestions est le reflet de la diversité des approches, des pratiques. Le PNNS dans sa phase actuelle cherche à stimuler et favoriser les expérimentations précises.

### En milieu scolaire

En milieu scolaire, une circulaire de juin 2001 remplace diverses circulaires antérieures notamment celle de 1971 dite « circulaire de l'écolier ». Au-delà de ce qu'elle propose aux responsables des repas scolaires, de ce qu'elle fournit comme information aux représentants de parents d'élèves, leur donnant la capacité de contrôler sur des bases claires ce qui est proposé aux enfants, elle suggère des modifications de l'environnement alimentaire au sein des écoles (voir article de C. Kerneur et M. Massacret, et entretien avec D. Maslanka). Susciter des dialogues, des échanges véritables avec les responsables d'établissements, avec les parents, avec les élèves, avec les enseignants et les animateurs sur le contenu des distributeurs ou sur la disponibilité de fontaines d'eau fraîche, est un champ d'intervention majeur pour les professionnels de l'éducation pour la santé.

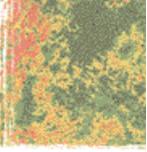
Améliorer les comportements alimentaires, au-delà d'une transmission de savoir ou de savoir-faire, particulièrement dans un domaine qui touche à la nutrition doit aussi se porter vers l'amont, vers l'offre alimentaire. Une réflexion partant d'exemples concrets, très précis, devrait permettre de démontrer avec les acteurs de la vie scolaire les mécanismes sociaux, psychologiques et économiques, pris en compte par les

## Les objectifs prioritaires du PNNS

1. **Augmenter la consommation de fruits et légumes**, afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %<sup>1</sup>.
2. **Augmenter la consommation de calcium**, afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés<sup>2</sup>, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D.
3. **Réduire** la contribution moyenne des **apports lipidiques totaux** à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses).
4. **Augmenter la consommation de glucides** afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples et en augmentant de 50 % la consommation de fibres.
5. **Réduire l'apport d'alcool** chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux verres de bière de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté vers les sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique.
6. **Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne** dans la population des adultes.
7. **Réduire de 10 mm de Hg** la pression artérielle systolique chez les adultes.
8. **Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité** (IMC supérieur 25 kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes et interrompre l'augmentation (particulièrement élevée au cours de ces dernières années) de la prévalence de l'obésité chez les enfants.
9. **Augmenter l'activité physique** quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant, par jour, l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, elle doit être combattue chez l'enfant.

1. Un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demie de fruits, et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue). Les données disponibles en France actuellement font état de 55 à 64 % de petits consommateurs de fruits chez les hommes et les femmes de 45-60 ans et de respectivement 72 et 64 % de petits consommateurs de légumes.

2. On estime que 42 % des hommes et 59 % des femmes de 45-60 ans ont des apports en calcium inférieurs aux Apports nutritionnels conseillés (ANC) de 1992.



spécialistes du marketing pour influencer les choix alimentaires. Parvenir à faire évoluer le type d'offre alimentaire à l'issue de réflexions est une occasion de mettre en œuvre une éducation où le public est acteur et conscient de l'évolution de son environnement, avec des résultats mesurables, dans le cadre d'une politique de santé publique. Ce programme offre ainsi l'opportunité de développer des actions de promotion de santé, incitant les individus à se poser

en citoyens décideurs et responsables.

Le PNNS n'a qu'un an. L'éducation pour la santé, pour une nutrition adaptée, est une stratégie phare du programme. Les outils cohérents, validés par des instances indépendantes d'intérêts économiques particuliers, sont progressivement développés pour permettre aux professionnels de l'éducation pour la santé de mettre en œuvre leur compétence spécifique en tenant

compte des contextes locaux qu'il connaissent bien.

**Michel Chauliac**

Médecin de santé publique, chef du projet PNNS, Sous-direction pathologies et santé, Bureau du développement des programmes de santé, Direction générale de la Santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris.

1. Texte complet sur [www.sante.fr](http://www.sante.fr); cliquer « ministere », puis « les dossiers », puis « N », puis « nutrition ».

## Mieux manger construit notre santé

Inscrite dans le Programme national nutrition santé (PNNS), la première campagne d'éducation nutritionnelle 2001-2003, menée par la Caisse nationale de l'assurance maladie et le CFES, porte sur la promotion de la consommation des fruits et légumes. Soixante pour cent des Français ne consommant pas assez de fruits et légumes, l'un des neuf objectifs prioritaires du programme en terme de santé publique est de réduire ce nombre de petits consommateurs d'au moins 25 %.

Le premier volet de cette campagne de communication sur les fruits et légumes s'est adressé à l'ensemble de la population. Elle s'est déroulée en novembre et décembre 2001 et avait trois objectifs : mettre en valeur les bénéfices à long terme de la consommation des fruits et légumes sur la santé, donner des repères précis de consommation et poser les bases d'un territoire de communication spécifique mettant en valeur le lien entre la santé et l'alimentation.

### « Frais, en conserve ou surgelés, les fruits et légumes protègent votre santé »

Il existe aujourd'hui un consensus des experts de la nutrition sur les effets favorables des fruits et légumes sur la santé. Plusieurs études montrent que les personnes qui en consomment suffisamment sont moins souvent atteintes de maladies cardiovasculaires, de cancers, d'obésité et de diabète. Cet effet protecteur, qui s'explique par l'action de plusieurs composants des fruits et légumes :

fibres, vitamines et oligo-éléments antioxydants, polyphénols, etc., constitue le message central de la campagne.

Le dispositif média s'est articulé autour d'une campagne d'affichage et d'une campagne presse :

- la campagne presse, déclinée en cinq annonces, a permis de développer l'information sur le rôle fondamental des fruits et légumes dans la prévention et de donner des repères de consommation précis. Un large panel de titres a été retenu afin de toucher une grande majorité de la population, soit 85 % des individus de plus de 15 ans exposés à la campagne en moyenne cinq fois : la presse TV (par exemple TV mag, 4,6 millions d'exemplaires diffusés), la presse féminine (par exemple *Femme actuelle*, 1,6 million d'exemplaires diffusés), la presse parentale, la presse santé et la presse d'information ;
- la campagne d'affichage, inspirée graphiquement et visuellement de la campagne presse, interpellait sur le lien existant entre fruits et légumes et protection de la santé. Elle a été diffusée sur l'ensemble du territoire, dans la rue (format 4 x 3 m, Abribus), sur les vitrines des restaurants et sur lieux de vente, sur les chariots de six cents hypermarchés.

### « Au moins cinq fruits et légumes au cours de la journée »

L'information diffusée au sujet de la nutrition est souvent partielle et parfois partielle. La population reçoit de nombreux messages émanant des producteurs, des marques de l'industrie agro-

alimentaire, des médias, des professionnels de la santé, des associations de consommateurs, etc. Des intérêts parfois contradictoires président à l'élaboration de ces messages : la sécurité alimentaire, l'équilibre alimentaire, des enjeux économiques ou encore la promotion d'un secteur d'activité. Il en résulte, du point de vue du consommateur, à la fois le sentiment d'être très bien informé et dans le même temps un brouillage des connaissances et des représentations.

L'un des objectifs de la campagne était donc de donner des repères précis de consommation scientifiquement



validés : *il est conseillé de manger au moins cinq fruits et légumes au cours de la journée qu'ils soient cuits ou crus, frais en conserve ou surgelés.*

Les repères de consommation concernant les autres aliments (lait, produits laitiers, pains et autres aliments céréaliers, viandes, poissons, œufs, matières grasses, produits sucrés, boissons, sel, etc.) et l'activité physique seront publiés dans le guide alimentaire national qui paraîtra en septembre 2002 (voir article de C. Delamaire).

### Mieux manger construit notre santé

Le lien entre alimentation et santé est aujourd'hui clairement établi par les études et reconnu par une grande partie de la population. Une alimentation satisfaisante et une activité physique raisonnable constituent un facteur majeur de protection de la santé.

La signature générique des campagnes d'éducation nutritionnelle, « *Mieux manger construit notre santé* », traduit cette approche positive et évolutive de la nutrition. Sa conception graphique suggère visuellement l'idée d'équilibre.

Enfin, il s'agissait d'installer un territoire de communication propre, très différent des communications des producteurs et de l'agroalimentaire. C'est ainsi que la campagne presse se décline en cinq annonces mettant en scène cinq visuels de fruits et légumes illustrant chacun, directement ou non, l'idée de protection. Le ton de la campagne est positif et incitatif ; les fruits et légumes ont une dimension symbolique mais restent très appétissants. Inspirées graphiquement de la campagne presse, les trois affiches interpellent sur le lien existant entre fruits et légumes, sous toutes leurs formes, et protection de la santé.

La campagne presse a été identifiée comme émanant des pouvoirs publics et été perçue comme claire, crédible, incitative et apportant des informations nouvelles. Ce dispositif média a été complété et renforcé par des actions en direction de la presse et par la diffusion de dépliants et d'affiches d'information en direction du grand public. Enfin, les professionnels de santé ont fait l'objet d'une information spécifique visant à les informer et les associer aux actions menées dans le cadre du Programme national nutrition santé, par l'intermédiaire d'une lettre d'information intitulée *Lettre Prévention, Éducation, Santé*.

**Florence Condroyer**

Chargée de communication, service Actions et techniques de communication, CFES.

## Informer et mobiliser le grand public

La réalisation et la diffusion d'un guide alimentaire national destiné au grand public constitue une des actions piliers du Programme national nutrition santé (PNNS). L'objectif est de mettre à disposition un document pratique, donnant une information simple et des repères concrets pour une alimentation quotidienne favorable à la santé.

### Un document de référence

En matière de nutrition, les messages sont nombreux, parfois contradictoires, car émanant d'émetteurs divers : industriels, grande distribution, associations de consommateurs, journalistes, etc. Ainsi, les connaissances du public sont souvent approximatives et certaines idées fausses perdurent. De plus, les priorités et les recommandations de santé publique ne sont pas toujours claires. Pour toutes ces raisons, il a paru nécessaire aux pouvoirs publics de diffuser un guide contenant des messages cohérents et validés par de nombreux experts en nutrition ; il

proposera en particulier des repères de consommation alimentaire sur la base des objectifs du PNNS.

### Une démarche originale, des conseils sur mesure

Le contenu du guide a été conçu et écrit dans le cadre d'un groupe de travail coordonné par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Sa démarche est originale : plutôt que de concevoir un énième traité de nutrition ou un livre de recettes de cuisine, les auteurs ont imaginé différentes « portes d'entrée » correspondant chacune à un profil de consommateur et un mode de consommation particulier. Ceci permet de proposer des conseils sur mesure adaptés à la personnalité, au mode de vie et aux habitudes alimentaires de chacun. Pour réaliser un tel ouvrage et éviter tout risque de stigmatisation, il a fallu respecter certains principes :

- ne pas présenter un modèle idéal, normatif et moralisateur ;

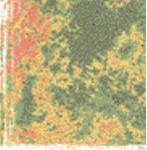
- respecter la diversité de la population française (familiale, socio-économique, culturelle, etc.) ;
- relativiser et individualiser les conseils et les recommandations ;
- relier les conseils à la vie quotidienne.

### Le ton est donné...

Dès le début du livre, les auteurs soulignent le principe central de toutes les fiches/conseils : « *Gardez à l'esprit qu'aucun aliment n'est en lui-même diabolique : si l'on recommande d'éviter la consommation excessive ou de limiter la prise de certains aliments, il n'est pas question d'en interdire la consommation. Un excès de temps en temps ne fait de tort à personne.* »

### Un guide qui en appelle d'autres

Ce premier guide alimentaire s'adresse plutôt aux adultes et aux adolescents. Plusieurs livrets seront réalisés ultérieurement pour des populations spécifiques (enfants, adolescents, personnes âgées et femmes



enceintes ou en âge de procréer). Par ailleurs, un guide destiné aux professionnels de santé est édité parallèlement au guide grand public, afin d'accompagner la démarche d'information (*voir article ci-dessous*).

Le guide alimentaire grand public a bénéficié de deux tests auprès de

consommateurs. Un test a permis de recueillir leur vision du guide alimentaire idéal et de connaître leur avis sur la démarche « portes d'entrée ». Le second test était davantage centré sur la forme de l'ouvrage (principe de maquette intérieure et de couverture, visuels), ainsi que sur le contenu de quelques fiches qui correspondaient au « profil de

consommation » des personnes enquêtées. Édité à plus d'un million d'exemplaires, ce guide alimentaire de 128 pages sera diffusé auprès du grand public ENseptembre 2002.

**Corinne Delamaire**

Docteur en nutrition,  
Service Politique éditoriale et diffusion, CFES.

## L'implication des professionnels de santé dans le dispositif national

Le Programme national nutrition santé (PNSS) associe l'ensemble des acteurs publics et privés impliqués dans les champs de la recherche, de la formation, de la surveillance, des actions de terrain, des soins, de l'offre et de la distribution alimentaire.

C'est ainsi que plusieurs actions ont été et seront menées en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de la Jeunesse et des Sports et le ministère de l'Agriculture et de la Pêche pour une amélioration de la restauration scolaire dans les cantines<sup>1</sup> (*voir entretien avec D. Maslanka*), pour l'intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires (*voir article de C. Kerneur et M. Massacret*).

D'autres programmes plus spécifiquement destinés aux professionnels de santé – diététiciens, établissements de santé, réseaux de soins – seront prochainement développés visant à prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels. De manière plus générale, les professionnels de santé, interlocuteurs privilégiés de la population, sont appelés à relayer une information scientifiquement valide pouvant éclairer un comportement alimentaire, à promouvoir les facteurs de protection et réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, au niveau des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.



Enfin, les professionnels de l'agro-alimentaire, des filières alimentaires et les consommateurs sont sollicités pour mettre en œuvre la politique nutritionnelle : information santé sur les produits et services, formation, surveillance des produits, etc.

### Un guide alimentaire en miroir du guide grand public

Ce document, d'une centaine de pages, est conçu pour accompagner la diffusion du guide alimentaire grand public. Il s'adresse aux médecins et sera diffusé très largement, courant septembre, auprès des généralistes, des nutritionnistes, des cardiologues, des endocrinologues, des médecins du travail, des médecins universitaires et scolaires, des pédiatres, des diététiciens, etc.

Les deux guides alimentaires ont été élaborés de telle façon qu'ils sont complémentaires l'un de l'autre. Aucun des deux ne se veut être un « précis » ou un « traité » de nutrition. Le guide grand public donne des recommandations nutritionnelles déclinées en termes d'aliments et de régime alimentaire global ; le document professionnel fournit des explications « mécanistiques » qui font appel aux nutriments et s'appuient sur des connaissances scientifiques récentes. Le guide grand public personnalise ces recommandations nutritionnelles en mettant à la disposition des lecteurs vingt-cinq « portraits » où ils peuvent se reconnaître la version professionnelle aide les professionnels de santé à mieux cerner le « profil de consommation » de leurs patients et à répondre à leurs interrogations de manière personnalisée.

### Un disque pour mesurer l'indice de masse corporelle

L'évaluation de l'état nutritionnel est un enjeu important de santé publique, aussi bien pour la prise en charge médicale individuelle que pour le suivi de l'état de santé des populations.

L'indice de masse corporelle (IMC) est un élément essentiel de cette évaluation. Cette mesure simple, basée sur le poids et la taille<sup>2</sup>, est recommandée par les nutritionnistes pour poser un diagnostic de surpoids, d'obésité ou de dénutrition. Des seuils fixes de cet indice permettent d'estimer chaque situation individuelle.

L'objectif de la conception d'un disque de mesure de l'IMC est donc de mettre à la disposition des professionnels de santé un outil d'évaluation de l'état nutritionnel dont l'utilisation soit simple, en consultation médicale par exemple. L'outil sous forme d'un disque comportant une double graduation (pour le poids et la taille), fournit la valeur d'IMC sans qu'il soit nécessaire d'en effectuer le calcul. La notice qui accompagne sa diffusion est destinée à préciser son mode d'utilisation : prise des mesures, mises en garde, etc. (voir encadré).

**Corinne Delamaire**

Docteur en nutrition,

Service Politique éditoriale et diffusion, CFES.

1. Voir à ce sujet la publication de la « circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments ».

2. L'IMC est le rapport du poids (kg) sur la taille au carré (m<sup>2</sup>) soit :

$IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$

Par exemple, un sujet de 70 kg mesurant 1,75 m a un IMC de  $70 / (1,75)^2 = 22,9$

### Mode d'utilisation du disque IMC

- La validité de l'IMC dépend de celle des mesures. Donc seuls le poids et la taille mesurés lors de la consultation doivent être pris en compte.
- Le calcul de l'IMC n'est qu'un élément de l'évaluation nutritionnelle.
- Un IMC « hors normes » doit être considéré comme un signal d'alerte incitant à une évaluation nutritionnelle détaillée.
- Un IMC normal n'implique pas nécessairement un équilibre nutritionnel.
- Il faut tenir compte de l'évolution de l'IMC dans le temps : une diminution rapide du poids ou de l'IMC est un élément majeur d'évaluation du statut nutritionnel. Les mesures doivent donc être répétées à chaque examen clinique.
- L'interprétation de l'IMC doit tenir compte du contexte clinique individuel.
- L'utilisateur doit veiller à ce que cette mesure ne soit pas un élément de culpabilisation ni de stigmatisation.
- Les valeurs de références de l'IMC figurant sur le disque ne s'appliquent pas à la femme enceinte, ni au sujet âgé, ni en cas d'œdème.
- Chez l'enfant, l'IMC s'interprète selon les courbes du carnet de santé.

## Vivre le corps que je suis !

Gourmandise en prose

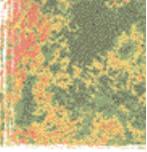
Oh l'Obèse !  
tu te traînes,  
t'as mal aux genoux,  
t'as mal au dos,  
tu t'essouffles, t'es en sueur,  
tu encombres !  
T'es de trop dans l'ascenseur,  
il va pas démarrer.  
Tu t'rouves pas d'habits,  
des chaussures renforcées.  
Fais gaffe à ta chaise, tu débordes.  
T'appuie pas sur le dossier,  
il pourrait s'écrouler.  
C'est pas des poignées d'amour que t'as !  
Pauvre tache !  
Tu vas mourir grassex !  
T'es pas normal !  
T'as vu le regard à droite.  
Elle te soupèse,  
du mépris dans la prune.  
Tu te dégoûtes ?  
T'as raison, si t'étais un homme, un vrai,  
tu aurais de la volonté,  
non d'un petit bonhomme !  
Tu serais le grand ascète maigre de tes rêves.  
Et tes pensées seraient d'une telle intensité,  
qu'elles brûleraient les calories stockées  
pour toi depuis le début du monde,  
par les anciens de tes anciens,  
pour que tu ne manques de rien.  
Ils t'ont fait rond et chaud,  
pour qu'on te parle doucement,  
joyeusement,  
qu'on te caresse  
et jouisse du confort de ton ventre-oreiller.  
Pour qu'on t'habille de baisers.  
Pour le reste, les surplus, patience !  
Francis Blanche disait :  
« mourir gros,  
mourir maigre,  
la différence est pour le porteur ! ».

**Philippe Lecorps**

Enseignant à l'École nationale  
de santé publique,

Président CRES de Bretagne,  
Homme de poids !

1. Le titre vise à faire réfléchir les amaigrisseurs sur cette vérité : « je suis mon corps » qui est plus juste que « le corps que j'ai ». Si c'était un avoir, je pourrais le modeler plus facilement. Quand c'est mon être qui est en jeu, la modification nécessite bien autre chose qu'une discipline diététique.



# École : éducation nutritionnelle et au goût

**Même si les repas pris dans le cadre scolaire sont moins nombreux que les repas familiaux, l'école, doit en matière de nutrition aussi, exercer sa mission éducative et d'éveil. Dans le respect des diversités et des cultures.**

Les enfants ne prennent, en général, dans le cadre scolaire, qu'un nombre restreint de leurs repas. L'école ne peut donc, à elle seule, assurer l'équilibre alimentaire des enfants. En revanche, elle peut assurer une éducation nutritionnelle et une formation élémentaire au goût en multipliant les occasions de découverte, notamment chez les jeunes enfants quand les comportements et les habitudes n'ont pas encore été établis.

L'éducation nutritionnelle à l'école doit être reliée à la vie sociale, en étroite relation avec les familles et tenir compte de la diversité des modèles dans les différentes cultures.

L'aspect éducatif du repas est peut-être trop souvent oublié ou négligé. Il est bon d'en souligner l'intérêt chez les jeunes enfants qui peuvent acquérir tôt des notions simples sur les principaux aliments, en même temps qu'un bon comportement alimentaire et s'éduquer au goût.

En effet, le goût s'apprend, s'éduque, s'acquiert dans le temps. Il est également une possibilité de point d'ancrage ou de départ pour toute une série d'activités selon des modalités variées.

## L'alimentation : un thème éducatif vaste et riche

L'éducation nutritionnelle et l'éducation au goût impliquent tous les personnels de l'école et de l'établissement scolaire, les élèves et les familles. Elles peuvent bénéficier du concours d'intervenants extérieurs qualifiés. Elles peuvent prendre place soit sur le temps d'interclasse du déjeuner par l'organisation d'ateliers de découverte, soit de façon

ponctuelle à d'autres occasions de la vie scolaire lors d'activités ou d'animations diverses, soit dans le cadre du projet d'école ou d'établissement. Elles ont pour objectif essentiel de valoriser le patrimoine culinaire, promouvoir des produits de bonne qualité, faire découvrir les odeurs, les saveurs, les épices et les essences, expliquer les secrets de fabrication, démontrer l'impact des tendances, des effets de mode, de l'influence des médias.

Plusieurs expériences peuvent illustrer ces initiatives : une semaine du goût à La Réunion, organisée en 2001, sous le titre « Grains de café, grains de sucre » ; les ateliers expérimentaux du goût, dans le cadre du plan à cinq ans de développement de l'éducation artistique et culturelle (classes à PAC), les projets conduits au collège Anne-Franck, dans le 11<sup>e</sup> arrondissement de Paris où des élèves d'une classe de troisième ont travaillé avec un diététicien sur le thème effort intellectuel, « effort physique et alimentation » ; ceux d'une classe de quatrième sur le pain, ses formes, ses goûts selon les régions ; ceux d'une classe de cinquième sur la route du chocolat avec les professeurs de français, d'histoire et d'anglais.

Parmi ces exemples, celui des ateliers expérimentaux a donné lieu à l'élaboration de fiches pédagogiques en collaboration avec l'Institut national de la recherche agronomique (Inra), le laboratoire de chimie des interactions moléculaires, le Collège de France et le Cen-

tre national de la documentation pédagogique (CNDP). Cette pédagogie concilie l'art, la culture, la technique, la technologie et la science. Les fiches produites insistent sur le caractère actif des ateliers dont l'objectif principal à propos du goût est le développement du sens de l'observation et du questionnement. Ils sont pour les élèves l'occasion de verbalisation au croisement de considérations esthétiques, gustatives, culinaires. Les fiches pédagogiques répondent à la question de la diversification de l'alimentation et abordent, pour chaque aliment considéré, sa composition, sa confection, l'analyse de ses composants et de leur transformation selon des modes aussi divers que la macération, l'infusion, la décoction, la vinification, la panification.

*« À l'heure de la standardisation des habitudes alimentaires, c'est faire comprendre aux élèves que le fait de manger n'est pas que la simple satisfaction d'un besoin physiologique, mais également le support de pratiques culturelles et de représentations sociales »* (conférence de presse du ministre de l'Éducation nationale du 13 mars 2002).

**Christine Kerneur**

Infirmière, conseillère technique,

**Michel Massacret**

Adjoint au chef du bureau B4,  
Bureau de l'action sanitaire et sociale  
et de la prévention,

Direction de l'Enseignement scolaire,  
ministère de l'Éducation nationale, Paris.



# Des élèves plus soucieux de leur alimentation

**Daniel Maslanka est gestionnaire au sein de la cité scolaire de Beupré dans la région lilloise et chargé de mission auprès du recteur de l'Académie de Lille pour les questions de restauration scolaire. Il est l'initiateur d'actions nutritionnelles innovantes.**

**Daniel Maslanka :** Depuis plus de cinq ans, notre restaurant scolaire sert 1 000 repas par jour à 1 600 élèves de 15 ans à 21 ans en libre service intégral, avec choix multiples pour les entrées, les plats et les desserts. Deux particularités : la première, la plus importante à mes yeux, concerne le plat du jour. Quatre plats différents sont proposés avec deux constantes : une grillade/frites (nous avons un grill et des friteuses qui produisent en direct devant les élèves), et un point de pizzas fabriquées à la demande des élèves. La seconde particularité : l'accès aux stations « grillade/frites » et « pizza » est limité à un passage par semaine par élève et par station. Cette limitation a été mise en place pour des raisons évidentes de nutrition, puisque l'on veut éviter que l'élève puisse trois, quatre fois par semaine choisir l'option frites. Au bout de cinq ans, on s'aperçoit que la demande de pizzas ou de frites a tendance à diminuer au profit du plat du jour. J'ai le sentiment très net que le comportement est en train d'évoluer dans le bon sens. De plus en plus d'élèves sont soucieux de leur alimentation et limitent notamment leur consommation de produits gras.

**SH : Comment se passe le reste du repas ?**

**D. Maslanka :** Nous avons un stand pour les entrées de crudités en libre-service sans limitation de quantité. Trois fois par semaine, nous offrons un assortiment de crudités et les élèves se servent les quantités et les types de crudités qu'ils souhaitent, qu'ils assaisonnent à leur gré (nous proposons, entre autres, des sauces à base de yaourts). Nous avons constaté dans le passé que les assiettes composées conduisaient à des gâchis. Or, lorsqu'on laisse les élèves se servir les crudités qu'ils préfèrent, on n'a quasiment plus de restes sur les plateaux. C'est un élément que l'on a encouragé et qui donne satisfaction. On a également mis sur les fruits puisqu'on offre deux fois par semaine une variété de fruits et surtout des fruits de qua-

lité. Nous demandons aux fournisseurs une date de consommation donnée pour offrir des fruits de saison et mûrs à point. Cela nécessite davantage d'attention dans le choix du producteur, mais aussi au niveau du contrôle à la réception et un respect du jour du service.

**SH : Avez-vous tenté d'associer les élèves d'autres manières ?**

**D. Maslanka :** Nous avons mené une enquête de satisfaction sur ce qu'ils attendaient de la restauration, sur la manière dont ils vivaient la restauration. Cette enquête a nourri notre réflexion. En amont de cette enquête, nous avons mené une étude sur les restes qui étaient sur les plateaux. Pendant une semaine, tous les jours, nous avons mis de côté un plateau sur dix, pesé les restes de chaque plateau et rapporté ces restes aux portions servies. Cela permet de mesurer ce qui est réellement consommé et on perçoit tout de suite des anomalies dans le service : les quantités servies sont parfois trop importantes. J'ajoute aussi que cette action s'effectue sans dotation budgétaire spécifique et que le coût d'un repas pour les élèves est d'environ 3 euros.

**SH : Vous êtes également chargé de mission auprès de l'Académie ?**

**D. Maslanka :** Pour aborder la nécessaire collaboration des différentes catégories de personnel, j'ai pris le pilotage d'un groupe chargé de favoriser, dans l'Académie, l'éclosion de projets locaux en matière nutritionnelle, intégrés dans les projets d'établissement. Il y a encouragement de l'Académie de Lille à ce que se développent dans les différents lycées, collèges, voire municipalités, des projets à caractère nutritionnel, sur des aspects historiques, géographiques, culturels, littéraires. Ces projets associent les personnels de restauration, mais aussi les enseignants, les personnels de santé, les élèves et parents d'élèves, et les enseignants. On souhaiterait faire de l'alimentation un des thèmes majeurs des travaux pluridisciplinaires, par un travail sur la demande et sur le comportement alimentaire des jeunes et se traduisant dans le restaurant scolaire, sous forme d'offre adaptée, conforme aux recommandations du PNNS.

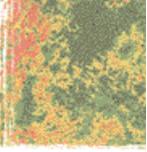
**SH : Le PNNS et la circulaire de juin 2001 sur la restauration scolaire constituent-ils de véritables appuis ?**

**D. Maslanka :** Tout à fait. Le PNNS et sa traduction dans la circulaire interministérielle sont une incitation très forte à la mise en place d'actions en matière nutritionnelle mais une circulaire, à elle seule, n'a jamais modifié les comportements. Le ministère de la Santé a engagé une campagne sur la consommation de fruits et légumes, il y a aussi une brochure distribuée actuellement dans les établissements sur la nutrition qui s'intitule « La restauration scolaire au menu - Equilibre, sécurité, plaisir ». Ces actions médiatiques sont intéressantes ; en revanche, il faut qu'elles soient relayées afin d'aboutir à un changement de comportement alimentaire durable. Nous allons vers la création d'un groupe de terrain de cinq personnes dans un premier temps, dont l'objectif est d'aider les établissements dans la mise en place de projets, dans l'accompagnement, le conseil, voire des propositions d'outils d'animation.

**SH : La circulaire sur la restauration scolaire de juin 2001 a deux axes essentiels : l'un sur la sécurité alimentaire et l'autre sur l'éducation nutritionnelle. En tant que gestionnaire, que pensez-vous de ces deux pôles ?**

**D. Maslanka :** Le pôle « sécurité alimentaire » est incontournable aujourd'hui, c'est une demande forte du consommateur. Les parents d'élèves, partenaires permanents, sont présents dans les conseils d'administration et veillent à cette sécurité alimentaire et à la traçabilité. La sécurité n'est plus aujourd'hui le volet qui me préoccupe le plus : une action de formation, de sensibilisation et d'accompagnement a été mise en place au niveau académique dès que l'arrêté de 1997 est paru. Ont été formées pendant deux jours et demi, dans l'année qui a suivi, 1 200 personnes dans l'Académie ; l'action se poursuit. L'effort doit maintenant être centré sur la qualité nutritionnelle, ce qui demande davantage de temps, car cela vient bouleverser les grilles de menus, les habitudes, et parfois aussi les souhaits des élèves. On peut modifier un comportement, mais il faut du temps.

Propos recueillis par **Alain Doulier**



# Un fonds documentaire et pédagogique minimum en éducation nutritionnelle

Dans le cadre du Plan national nutrition santé (PNNS), le centre de documentation du CFES a proposé de développer des centres ressources en constituant un fonds documentaire et pédagogique minimum en éducation nutritionnelle. Ce travail est en cours de finalisation et nous vous proposons ici un état des lieux de ce qui a déjà été fait.

## 150 documents et 15 experts

D'un point de vue méthodologique, nous nous sommes largement inspirés du fonctionnement de la Pédagothèque, en faisant appel à quinze professionnels du réseau des comités d'éducation pour la santé pour l'analyse critique de documents spécifiques.

Nous avons présélectionné cent cinquante documents environ : ouvrages, revues, outils pédagogiques, livres pour enfants, sites internet/organismes et formations. À chaque type de documents correspondait une grille d'analyse spécifique : une grille du centre de documentation du CFES pour les ouvrages et les revues, celle de la Pédagothèque du CFES pour les outils pédagogiques, celle du projet « Mots, Maux et Marmots » d'Anne Laurent-Beq de la Société française de santé publique pour les livres pour enfants et, enfin, la dernière inspirée de la Banque de données en santé publique pour les sites internet.

Cette première étape a été matérialisée sous forme d'un CD-rom, facilitant la diffusion et la consultation de la présélection en la rendant plus interactive (lien avec les documents en texte intégral, les sites internet, etc.). Ce CD-rom a été envoyé aux quinze experts afin que chacun puisse analyser et critiquer un certain nombre de documents en vue de la constitution de ce fonds documentaire et pédagogique.

En décembre 2001 et en mars 2002, deux séminaires de travail ont été organisés au CFES, au cours desquels plus d'une centaine de documents (dont quelques-uns qui n'avaient pas été présélectionnés) ont fait chacun l'objet de discussion et d'analyse critique.

## Un fonds documentaire minimum

Deux cercles documentaires ont été définis : l'un à proprement parler représentant un fonds minimum, l'autre mentionnant des documents complémentaires et/ou produits par des industriels de l'agroalimentaire (qui donnera lieu à quelques précautions d'emploi mentionnées dans la *Charte pour l'élaboration et la diffusion de matériels pédagogiques dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition* de l'Institut français pour la nutrition<sup>1</sup>). Un plan de classement thématique des documents, propre à ce fonds, a également

été mis au point (documents généraux, aliments/nutriments, approche populationnelle, pathologies liées à la nutrition, restauration collective, sécurité alimentaire, réglementation, éducation nutritionnelle, habitudes et comportements alimentaires, lieux ressources). L'accent a été mis sur l'accessibilité et la fiabilité des informations : documents récents, encore diffusés, francophones, etc.

Ce fonds documentaire et pédagogique minimum en éducation nutritionnelle sera lui aussi diffusé aux différents centres ressources sous forme d'un CD-rom d'ici la fin du mois de juin 2002, par le Centre de documentation du CFES. Les références documentaires seront répertoriées selon le plan de classement retenu et complétées par une fiche d'analyse mentionnant le support du document, un résumé critique, le type de public visé (grand public, professionnels, acteurs de terrain, étudiants, etc.), son appartenance au premier ou au deuxième cercle documentaire, son mode de diffusion ainsi que son prix.

La dernière étape de ce travail consistera à promouvoir la diffusion de l'information au sein des comités d'éducation pour la santé, des Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, et des caisses régionales et primaires d'assurance maladie et, à plus long terme, d'en assurer le suivi et la mise à jour.

**Anne Sizaret**

Documentaliste,

service Appui au développement de l'éducation pour la santé, CFES.

1. Institut français pour la nutrition. *Charte pour l'élaboration et la diffusion de matériels pédagogiques dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition*. Paris : IFN, 2000 : 4 p. <http://www.ifn.asso.fr/>



# Pour en savoir plus

## ► Organismes

### • Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa)

23 avenue du Général de Gaulle, BP 19, 94701 Maisons-Alfort - Tél. : 01 49 77 13 50 Fax : 01 49 77 26 12

Établissement public de l'État placé sous la tutelle des ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation, l'Afssa a, entre autres, pour missions l'évaluation des risques nutritionnels et sanitaires des aliments depuis la production des matières premières jusqu'à la distribution au consommateur final, de mener des activités de recherche et d'appui technique en matière de santé animale, hygiène des aliments et nutrition. L'Afssa a depuis sa création réalisé une analyse approfondie sur des thématiques particulières : encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), listeria, dioxines, alimentation animale, restauration scolaire, consommations alimentaires, apports nutritionnels conseillés. Des documents relatifs à ces thématiques sont consultables sur son site.

<http://www.afssa.fr>

### • Association française de nutrition (AFN)

Secrétariat AFN-SNDLF, INRA, Domaine de Vilvert, 78352 Jouy-en-Josas cedex - Tél. : 01 34 65 20 04 Fax : 01 34 65 27 77

L'AFN a pour objectif de faciliter et de promouvoir les liens entre les spécialistes de la nutrition humaine et animale. Son action principale est l'organisation de congrès scientifiques, notamment la co-organisation avec la Société de nutrition et de diététique de langue française et la Société francophone de nutrition entérale et parentérale des Journées francophones de nutrition. Ce site est utile pour connaître les congrès, les appels d'offres.

<http://www.inra.fr/Internet/Hebergement/AFN/>

### • Centre de recherche et d'information nutritionnelles (Cerin)

45 rue Saint-Lazare 75314 Paris cedex 09 - Tél. : 01 49 70 72 20 Fax : 01 42 80 64 13

Le Cerin, association loi 1901, est un organisme scientifique dont la mission est de favoriser le développement et la diffusion des connaissances sur les relations entre alimentation et

santé. En partenariat avec les organismes de santé publique et les professionnels de santé, le Cerin met en place des programmes de recherche, de formation et d'information. Ces actions ont pour objectif de valoriser les bénéfices des comportements alimentaires équilibrés dans une perspective de prévention nutritionnelle adaptée aux différents groupes de population. Ce site propose, entre autres, des dossiers thématiques (articles, rapports, colloques, fiches pratiques, brochures, bibliographies) sur l'équilibre alimentaire, la sécurité des aliments, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les nutriments et les micronutriments, les femmes enceintes et l'allaitement, les populations précarisées, ou la prévention nutritionnelle. Par ailleurs, les périodiques Cholé-Doc (pour les médecins), Alimentation et précarité (pour les professionnels du secteur sanitaire et social), Nutri-Doc (pour les diététiciens) sont consultables en ligne.

<http://www.cerin.org/>

### • Centre informatique sur la qualité des aliments (Ciqual)

Le Ciqual est une unité d'appui scientifique et technique de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Il a pour mission de collecter, évaluer et rendre disponibles des données sur la composition des aliments. En France, les principales tables de composition des aliments sont publiées par le Ciqual. Ces tables constituent un préalable indispensable à la réalisation des enquêtes santé-alimentation et à leur crédibilité scientifique. Elles représentent également un outil précieux pour les personnes travaillant dans le domaine de la diététique et de la nutrition.

<http://www.afssa.fr/ftp/basedoc/tablesaliments/ciqual>

### • Conseil national de l'alimentation

Le Conseil national de l'alimentation est institué auprès des ministres chargés de l'Agriculture et de la Pêche, de la Santé et de la Consommation, et est consulté sur la définition de la politique de l'alimentation : adaptation de la consommation aux besoins nutritionnels, sécurité des aliments pour les consommateurs, qualité des denrées alimentaires,

information des consommateurs sur les produits. Il regroupe des représentants de la filière agroalimentaire, des consommateurs, des scientifiques et des administrations.

<http://www.agriculture.gouv.fr/alim/part/cna.html>

### • European Food Information Council

1 place des Pyramides, 75001 Paris - Tél. : 01 40 20 44 40 Fax : 01 40 20 44 41

Le Conseil européen de l'information alimentaire est une association indépendante, à but non lucratif. Il a été créé pour apporter des informations scientifiques sur l'alimentation aux consommateurs, aux professionnels de la santé, aux enseignants et éducateurs, aux leaders d'opinion et aux médias. Ce site internet, également en version francophone, présente des dossiers thématiques sur la sécurité alimentaire, la nutrition et la santé, et les biotechnologies, avec des articles de revues et des brochures consultables en ligne.

<http://www.eufic.org>

### • Fondation britannique pour la nutrition - British Nutrition Foundation (BNF)

High Holborn House, 52-54 High Holborn, UK/WC1V 6RQ Londres, Royaume-Uni - Tél. : 0171 404 65 04 Fax : 0171 404 6747

La British Nutrition Foundation a été fondée en 1967, afin de soutenir la recherche et l'éducation dans le domaine de la nutrition. Elle a un statut d'organisation caritative et reçoit des fonds de l'industrie agroalimentaire, du gouvernement et d'autres sources variées. La BNF fait la promotion de la santé et de la nutrition à travers l'interprétation et la diffusion des connaissances scientifiques, et des recommandations nutritionnelles. Elle travaille en partenariat avec les universités et les instituts de recherche, l'industrie de l'agroalimentaire, le monde de l'enseignement et le gouvernement. La BNF réalise de nombreuses publications, organise des conférences et des colloques, conduit des modules de formation pour les enseignants, délivre des bourses de recherche et met à disposition d'un large public un important service d'information. Site en anglais.

<http://www.nutrition.org.uk/>

• **Institut français pour la nutrition (IFN)**

71 avenue Victor Hugo, 75116 Paris – Tél. : 01 45 00 92 50, Fax : 01 40 67 17 76

L'Institut français pour la nutrition (IFN) est une association à but non lucratif créée en 1974. Il se présente comme étant une interface entre les milieux scientifiques et ceux de la production agroalimentaire. Son objectif est de « favoriser la concertation entre les milieux scientifiques et les professionnels de la chaîne agroalimentaire à l'occasion des questions intéressant la nutrition et l'alimentation dans leurs différentes dimensions, et leur promotion... ». Ses activités sont essentiellement d'ordre scientifique : conférences, colloques, publications et soutien à la recherche par un Prix de la recherche en nutrition et des Prix « jeune chercheur ». Sur ce site internet sont présentées des bibliographies thématiques (comme par exemple sur des approches populationnelles de l'alimentation, sur le goût ou sur les allergies alimentaires, etc.) dans lesquelles sont recensés des synthèses, ouvrages, brochures, dépliants, services spécialisés, etc.

<http://www.ifn.asso.fr/>

► **Quelques organismes inter-professionnels de l'industrie agroalimentaire**

• **Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes (Aprifel)**

60 rue du Faubourg Poissonnière, 75010 Paris – Tél. : 01 49 49 15 15 Fax : 01 49 49 15 16

<http://www.aprifel.com/>

• **Centre d'études et de documentation sur le sucre (Cedus)**

30 rue de Lubeck, 75016 Paris - Tél. : 01 44 05 39 99

<http://www.lesucre.com/>

• **Centre d'information sur des viandes (CIV)**

64 rue Taitbout, 75009 Paris - Tél. : 01 42 80 04 72

Fax : 01 42 80 67 45

<http://www.centre-info-viande.asso.fr/>

• **Centre interprofessionnel de documentation et d'information laitières (Cidil)**

42, rue de Châteaudun, 75314 Paris cedex 09

Tél. : 01 49 70 71 71

Fax : 01 42 80 63 52

<http://www.cidil.fr/>

► **Études**

• **Étude Fleurbaix Laventie Ville Santé**

L'étude « Fleurbaix Laventie Ville Santé » est une étude prospective familiale unique en Europe. Elle a pour objectif de comprendre les relations pouvant exister entre alimentation, activité physique, facteurs environnementaux, génétique et prise de poids sur une population « normale » évoluant dans son milieu naturel. Ce site a pour objectif de présenter l'étude « Fleurbaix Laventie Ville Santé », sa méthodologie, ses résultats. Des brochures pédagogiques (sur le petit déjeuner, le pain, et les corps gras) sont également consultables en ligne.

<http://www.vilsante.com/>

• **Supplémentation en Vitamines et Minéraux Antioxydants (Suvimax)**

L'étude Suvimax est un essai contrôlé, d'une durée de huit ans, sur une cohorte de 13 000 volontaires français, âgés de 35 à 60 ans. Ses objectifs sont de mesurer l'effet d'un apport supplémentaire en vitamines et minéraux antioxydants, à dose nutritionnelle, sur la santé et particulièrement sur l'incidence des cancers et des maladies cardiovasculaires, et de recueillir une large base de données pour l'étude des relations entre nutrition et santé.

<http://www.suvimax.org/fr/>

► **Revues**

• **Cahiers de nutrition et de diététique**

Ces cahiers mensuels publient des articles fondamentaux, des éditoriaux, des articles originaux, des revues de synthèse, des dossiers d'enseignement de nutrition à travers des rubriques régulières : biologie générale, médecine et nutrition, aliments, comportements alimentaires, diététique pratique.

• **Information diététique**

Publication trimestrielle de l'Association des diététiciens de langue française.

• **Alimentation et précarité**

Bulletin de liaison trimestriel destiné aux professionnels et aux bénévoles impliqués dans la prise en charge et l'aide aux populations démunies. Les quatre derniers numéros sont en ligne sur le site du Cerin.

► **Outils pédagogiques**

• **Barthélémy L., Binsfeld C., Moissette A. Alimentation atout prix.** Vanves, CFES, coll. La Santé en action, 1997 : 107 p.

Cet outil, réalisé sous forme de classeur comprenant des fiches techniques scientifiques et pédagogiques, est construit autour de trois grands axes de l'acte alimentaire : acheter, préparer, manger. Ces trois axes correspondent aux chapitres « acheter atout prix », « préparer atout prix », « manger atout prix ». Un chapitre préalable est consacré à la définition, avec les utilisateurs, d'un cadre éthique de référence autour d'actions d'éducation nutritionnelle à réaliser avec les personnes en situation de précarité.

• **Léo et la terre.** Vanves, CFES, coll. Coffrets pédagogiques, 1996, 17 p. + 33 p., 28 livrets.

Ce coffret pédagogique destiné aux classes de CE2, CM1 et CM2 est consacré à la terre et permet d'aborder avec les enfants plusieurs thèmes de santé au travers de situations quotidiennes : de la terre à cultiver, de la terre pour vivre, pour se nourrir, pour apprendre à partager. Il a pour objectif de développer le

respect de soi-même et l'autonomie, promouvoir le respect d'autrui et la solidarité, sensibiliser au respect et à la protection de l'environnement. Il contient un guide pour l'enseignant, un livret pour chaque enfant, une frise, un jeu collectif, des documents d'évaluation.

• **À l'école d'une alimentation saine.** Bruxelles, Coordination Education/santé, 2001.

Cet outil belge équivaut à l'adhésion à une charte pour améliorer l'alimentation à l'école tout au long de la journée. Il s'inscrit dans la philosophie d'un décret définissant les missions prioritaires de l'enseignement : préparer les élèves à être des citoyens responsables et actifs, et donner à tous les enfants les moyens d'être égaux dans leur vie sociale tant présente que future. La prise de conscience collective des éléments qui influencent la santé et sa traduction en actes dans l'école en font partie. *Coordination Éducation/Santé, 19 rue de la Rhétorique, 1060 Bruxelles, Belgique*  
Mél : [atablecartable@cfwb.be](mailto:atablecartable@cfwb.be)  
<http://www.atablecartable.be/>

• Institut national de la consommation, Commission européenne. *Le plaisir dans l'assiette, la sécurité en tête*. Paris : Institut national de la consommation, 2001, 146 p. + vidéo.

Ce coffret pédagogique contient un livre d'information, une cassette vidéo (« le dîner de Bastien ») et une fiche d'utilisation. La vidéo permet de susciter des réactions, des dis-

cussions, des questions qui trouvent leurs réponses dans le livre de référence. Chacun peut ainsi acquérir le geste, le réflexe, le comportement d'un consommateur averti.

• La pédagogie du CFES en ligne, dans la rubrique *Espace réseau* du site internet du CFES : <http://www.cfes.sante.fr>

## ► Ouvrages

### 1. Documents généraux

• Apfelbaum M., Forrat C., Nillus P. *Diététique et nutrition*. Paris : Masson, 2000 : 479 p.

• Chiva M. *Le doux et l'amer : sensation gustative, émotion et communication chez l'enfant*. Paris : Puf, 1985 : 256 p.

• Dupin H., Cuq J.L., Malewiak M., Leynaud Rouaud C., Berthier A.M. *Alimentation et nutrition humaines*. Paris : ESF Editeur, 1992 : 1534 p.

• Flandrin J.L., Montanari M. (sous la dir de). *Histoire de l'alimentation*. Paris : Fayard, 1996 : 650 p.

• Groupe de recherche en éducation nutritionnelle. *Aliments, alimentation et santé. Questions/Réponses*. Vanves : CFES, Paris : Tec & Doc, 2000 : 496 p.

• Haut Comité de la santé publique. *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions*. Rennes : ENSP, 2000 : 288 p.

[En ligne : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/hc000933.pdf>]

• Lahlou S. *Penser manger*. Paris : Puf, 1998 : 240 p.

• Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. *Programme national nutrition-santé 2001-2005*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001 : 30 p.

[En ligne : [http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/34\\_010131.htm](http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/34_010131.htm)]

• Toussaint-Samat M. *Histoire naturelle et morale de la nourriture*. Paris : Bordas, 1987 : 915 p.

### 2. Aliments/Nutriments

• Favier J.C., Ireland Ripert J., Toque C., Feinberg M. *Répertoire général des aliments : vol. 4 table de composition*. Paris : Inra, Tec & Doc, 1996 : XIX-200 p.

• Martin A. *Apports nutritionnels conseillés pour la population française*. Paris : Tec & doc, 2000 : 606 p.

### 3. Approche populationnelle

• Beaufrère B., Bresson J.L., Briend A. et al. *Recommandations sur l'âge de la diversification alimentaire chez les nourrissons français*. Paris : Société française de pédiatrie, 2000.

• Bélanger H., Charbonnier L. *La santé des femmes*. Québec : Edisem ; Maloine : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 1995 : 1142 p.

• Ferry M. *Nutrition et alimentation de la personne âgée : aspects fondamentaux*. Paris : Berger-Levrux, 1996 : 128 p.

• Fricker J., Dartois A.M., Du Fraysse M. *Le guide de l'alimentation de l'enfant : de la conception à l'adolescence*. Paris : Odile Jacob, 1998 : 646 p.

• Roca J.P., Thirion M.C., Tisserand E. *Manger pour vivre, pas pour survivre : des pratiques innovantes en matière d'aide alimentaire en France*. Nogent-sur-Marne : Solagral coll., 1999 : 52 p.

### 4. Restauration collective

• Agence française de sécurité sanitaire des aliments. *Nutrition et restauration scolaire : état des lieux*. Paris : Afssa, 2000 : 36 p.

[En ligne : <http://www.afssa.fr/ftp/basedoc/RapportRestoscolairejuillet2000.pdf>]

• Ministère de l'Éducation nationale, ministère de la Recherche. *Composition des repas servis en restauration scolaire et sécurité des aliments*. Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Recherche 2001 ; 9 : 1-41.

[En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special9/som.htm>]

### 5. Sécurité alimentaire

• Grosclaude J. *Sécurité et risques alimentaires*. Paris : La Documentation française, 2001 : 177 p.

### 6. Éducation nutritionnelle

• Baudier F., Barthélémy L., Michaud C., Legrand L. *Éducation nutritionnelle : équilibres à la carte*. Vanves : CFES, coll. La Santé en action, 1997 : 334 p.

• Conseil national de l'alimentation. *La place de l'éducation alimentaire dans la construction des comportements alimentaires*. Paris : CNA (avis n° 24), 1999 : 5 p.

[En ligne : [http://www.agriculture.gouv.fr/alim/part/AVIS\\_24.pdf](http://www.agriculture.gouv.fr/alim/part/AVIS_24.pdf)]

• Institut français pour la nutrition. *Charte pour l'élaboration et la diffusion de matériels pédagogiques dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition*. Paris : IFN, 2000 : 4 p.

• Tuleu F., Michaud C. *Nutrition en zone urbaine sensible : actions autour du petit déjeuner*. Vanves : CFES, coll. Guides d'action, 1997 : 98 p.

### 7. Habitudes et comportements alimentaires

• Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.P., Michaud C. *Baromètre santé nutrition 1996 - adultes*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 180 p.

• Corbeau J.P., Paul Levy F., Poulain J.P. *Manger en France aujourd'hui. Vol. 2 : Penser l'alimentation : la nourriture entre imaginaire et rationalité*. Paris : Privat, 2002 : 304 p.

• Familles de France. Fédération nationale. *Enquête auprès de 760 jeunes sur l'alimentation des jeunes de 16 à 25 ans*. Paris : Familles de France, 1997 : 42 p.

• Fischler C. *L'omnivore*. Paris : Odile Jacob, 1998 : 646 p.

• Volatier J.L. (sous la dir. de). *Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires : enquête Inca*. Paris : Tec & Doc, 2000 : 158 p.

Anne sizarret,

Documentaliste, service Appui au développement de l'éducation pour la santé, CFES

# La douleur vécue par les hommes et les femmes

**La douleur est devenue depuis plusieurs années un enjeu de santé identifié et reconnu. L'examen des différences de déclarations entre hommes et femmes met également en évidence la subjectivité de cette notion de douleur, qui renvoie à des représentations et à des fonctions sexuellement et socialement très discriminées. Ces différences de représentations ne constitueraient-elles typiquement un champ de démarche pédagogique et de réflexion en éducation pour la santé ?**

Avoir souffert d'une douleur difficile à supporter dans une période récente est le lot d'une large partie de la population (32,3 % parmi les 12-75 ans). Les femmes sont en proportion plus nombreuses à déclarer avoir vécu des douleurs difficiles à supporter : 2 fois plus pour la douleur morale, 1,2 fois plus pour la douleur physique et même 2,8 fois plus pour une douleur à la fois physique et morale (Figure 1). La déclaration de douleur dépend également de l'âge : pour la douleur physique, elle est plus importante parmi les plus âgés ; pour la douleur morale, le différentiel par âge est inversé : elle est plus importante pour les plus jeunes.

## La douleur physique

Sa prévalence accompagne d'abord le vieillissement : 18,7 % des garçons et 28,3 % des filles de 15-19 ans déclarent ce type de douleur au cours de l'année versus respectivement 26,8 % et 36,9 % des 65-75 ans. Elle est fortement corrélée au nombre de maladies et à la situation de handicap. Mais la surdéclaration féminine s'explique aussi par des facteurs d'ordre culturel – plus grande attention des femmes à leur corps, image de vulnérabilité des femmes, « devoir » de force morale et d'insensibilité à la souffrance chez les hommes – et par la plus grande « sensibilité » aux situations de solitude et d'insatisfaction dans le travail, ou peut-être à une plus grande facilité à les exprimer.

## La douleur morale

Le principal différentiel est celui qui sépare les hommes des femmes. Cependant, d'autres variables sont également associées à une plus grande fréquence de douleur morale déclarée :

- le manque de ressources financières, la précarité et le chômage (Figure 2) ;
- la maladie chronique et le handicap ;
- le souvenir de difficultés graves subies dans l'enfance et l'expérience de la violence.

Le rôle protecteur de la vie en famille et de la satisfaction dans l'exercice de sa profession se dégage très nettement. Il faut noter toutefois que ces situations protègent bien plus les hommes que les femmes : globalement cinq fois plus les premiers que les secondes.

## Conclusion

Outre les facteurs culturels, trois dimensions essentielles sont corrélées aux différences de déclaration de douleur entre les femmes et les hommes : la maladie, l'intégration dans un couple et l'insertion dans une profession. Être malade et vivre seul expose davantage les femmes que les hommes à la douleur physique. Vivre en famille et être satisfait de sa profession préservent plus les hommes que les femmes de la douleur morale.

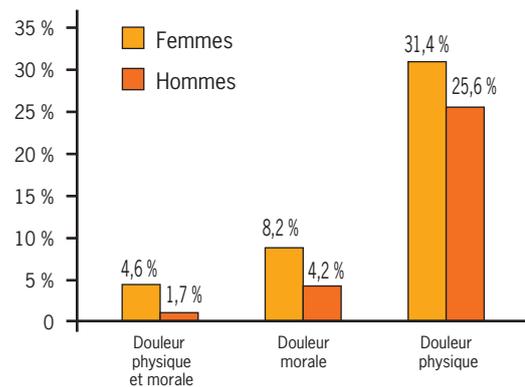
**George Menahem**

Maitre de recherches, Credes-CNRS, Paris,

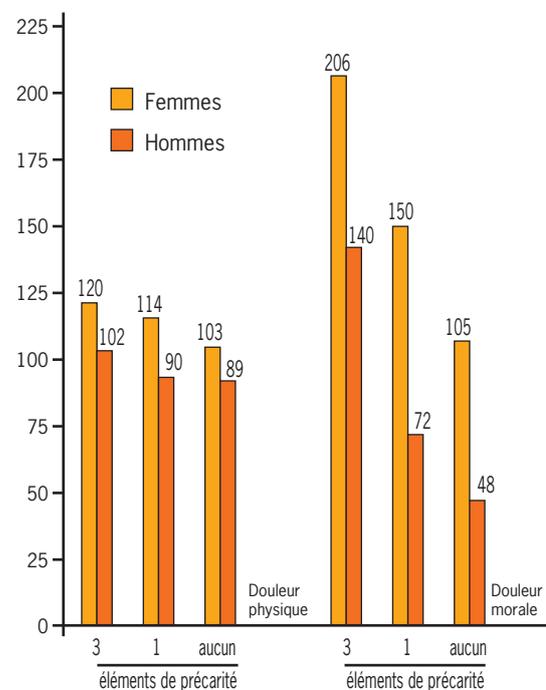
**Philippe Guilbert**

Coordonnateur du Baromètre santé au CFES.

Rubrique La santé en chiffres coordonnée par P. Guilbert : philippe.guilbert@cfes.sante.fr



**Figure 1 : La souffrance selon le sexe : la surdéclaration féminine de la douleur.**



**Figure 2 : Douleur selon le sexe et le cumul des dimensions de la précarité (chômage, revenu mensuel par unité de consommation du ménage inférieur à 914 euros, isolement affectif ou rupture affective). Indices à âges comparables.**

# Erin Brockovich

**Un film de  
Steven Soderbergh  
États-Unis, 2000, 2 h 11.**

avec **Julia Roberts, Albert Finney, Aaron Eckhart**

## Résumé du film

Inspiré d'événements réels (mais sans doute pas mal romancés), l'histoire d'*Erin Brockovich* est celle d'une jeune femme célibataire qui a trois gosses à charge et pas mal d'ennuis financiers. Décidée à tout prix à trouver du travail, elle dénêche un boulot dans un bureau d'avocats où elle se retrouve en charge d'une sombre affaire de rachat de terrains par une compagnie d'eau. Menant sa propre enquête, Erin va découvrir que de terribles négligences ont entraîné une pollution de la nappe phréatique, responsable à son tour de l'empoisonnement de centaines de personnes.

Réalisé par Steven Soderbergh (l'auteur notamment de *Sexe, mensonge et vidéo*, *Traffic* et le récent *Ocean's Eleven*), *Erin Brockovich* mêle habilement distraction et réflexion écologique, mettant notamment en cause la puissance d'industries qui sont prêtes à mettre en danger la vie de leurs concitoyens pour maintenir leurs profits. Il brosse par ailleurs un portrait savoureux d'Erin grâce à l'actrice Julia Roberts qui conjugue vulgarité assumée et détermination courageuse dans un combat qu'elle croit juste.

## Le public auquel le film est destiné

Ce film peut être vu par un large public adolescent entre 12 et 18 ans environ.

## Rapport avec la problématique santé

Plusieurs aspects du film concernent l'éducation à la santé. Le thème des risques des pollutions industrielles est évidemment d'actualité, et le film permet d'en comprendre certains méca-



nismes : il montre notamment la complexité de l'administration de la preuve en ce domaine.

Un autre aspect du film retiendra cependant ici notre attention : il s'agit du personnage d'Erin Brockovich incarné par Julia Roberts qui compose un portrait de femme assez étonnant, démunie socialement mais extrêmement débrouillarde et décidée, jouant de ses attraits physiques tout en affirmant son autonomie sinon sa supériorité sur son entourage.

## Compte rendu d'une animation

L'animation, dont nous proposons le compte rendu, s'est déroulée dans une école technique avec des adolescents âgés de 16 ans environ, quelques jours après la vision du film en salle, de façon à ce que les souvenirs des spectateurs soient encore frais. Toute la classe était réunie (environ vingt-cinq élèves) et c'est un animateur extérieur qui, en accord avec l'enseignante, a mené l'ensemble de l'animation qui a duré deux heures de cours.

Les élèves, qui avaient été prévenus de la présence de cet animateur, s'attendaient sans doute à ce qu'on aborde les thèmes « sérieux » du film, à savoir les pollutions industrielles et leurs conséquences, alors qu'il avait été décidé, avec l'enseignante, de questionner à travers le film la représentation des rôles masculins et féminins, ainsi que l'image de soi qui est liée à cette représentation. Le personnage de Julia Roberts – l'actrice étant pratiquement indissociable du personnage qu'elle incarne – nous paraissait pouvoir fonctionner comme un « révélateur » efficace des valeurs et des représentations personnelles des différents participants, dans la mesure où la jeune femme apparaît porteuse de traits à la fois « saillants » (par exemple son sens de la répartie), susceptibles de frapper l'imagination, mais aussi relativement contradictoires : malgré ses handicaps de départ, elle réussira une brillante carrière dans un cabinet d'avocats. Tous ces traits nous semblaient pouvoir susciter les réactions des jeunes spectateurs.

L'objectif – modeste – de l'animation était, d'une part, de favoriser l'expression de valeurs et d'émotions personnelles face au film et, d'autre part, de faire prendre conscience aux participants des différences d'attitudes en ce domaine : de ce point de vue, il nous semblait intéressant de faire dialoguer les adolescents et adolescentes sur les images que les uns et les autres se font des « rôles » masculins et féminins ainsi que des relations entre les sexes (ou plus exactement entre les genres, ces relations dépassant évidemment le cadre « sexuel » ou même amoureux).

## Un jeu de photos

Après avoir lancé la discussion en demandant à l'ensemble de la classe son avis sur le film, nous avons distribué un jeu de cinq ou six photos du film montrant Julia Roberts dans des « accoutrements » divers : généralement une minijupe, un décolleté plus ou moins plongeant, une robe moulante, des hauts (sinon très hauts !) talons, un mélange parfois étonnant de vêtements « élégants » et « vulgaires ».

Ces photos suscitent rapidement des réactions de tolérance souriante : Erin Brockovich est sans doute provocante, mais pourquoi pas ? si ça lui plaît... puisqu'elle a un physique pour ça... Cependant, lorsque l'on demande aux garçons (qui expriment diversement leur admiration) s'ils aimeraient que leur petite amie s'habille de cette façon,

une fracture très nette apparaît parmi les participants : quelques-uns ne reculent pas devant l'audace, mais la plupart se montrent beaucoup plus réservés sinon carrément hostiles.

Semblablement, les filles à qui l'on demande si elles pourraient s'habiller ainsi émettent aussitôt des réserves : quand ce n'est pas carrément « non », ça dépend alors des « circonstances ». Peu, sinon aucune, s'imaginent se rendre au travail, comme le fait Erin, dans une telle tenue. Très rapidement, les jeunes spectateurs font alors la différence entre le cinéma et la « vie », et affirment que le personnage de Julia Roberts est un personnage de fiction même s'il est porteur de traits qu'on peut retrouver disséminés dans la réalité.

De façon plus fondamentale, les discussions portent alors sur les relations entre filles et garçons, et sur l'importance différente que les uns et les autres accordent à l'apparence physique. À ce propos, on voit surgir un véritable ressentiment de certaines jeunes filles qui ne supportent pas le regard des garçons sur le physique féminin (le leur ou celui des femmes en général), regard qu'elles perçoivent comme constamment évaluateur et trop souvent dépréciatif. Dans la même perspective, plusieurs évoquent la jalousie qu'un tel habillement ne manquerait pas de provoquer dans un groupe de filles.

La tolérance apparente masque, on le voit, des crispations, des sentiments parfois violents qui ont pu néanmoins s'exprimer assez facilement dans le cadre d'une discussion libre<sup>1</sup>.

## George, un vrai mâle ?

Des divergences similaires apparaîtront lorsqu'il s'agira de juger George, le compagnon d'Erin, qui apparaît d'abord sous les traits d'un motard portant catogan et arborant une musculature développée : malgré ses airs rudes, c'est lui qui se retrouvera en charge des jeunes enfants d'Erin essentiellement pré-occupée par l'affaire de pollution qu'elle cherche à résoudre. Beaucoup de garçons trouvent alors une telle attitude irréaliste et suspectent volontiers le personnage de duplicité, l'amour des enfants n'étant à leurs yeux qu'un stratagème pour séduire leur mère, ce qui n'est cependant pas conforme à l'histoire, George s'occupant des enfants bien après le début de son histoire d'amour avec Erin.

D'autres en revanche – plutôt les jeunes filles –, pensent que l'affection de George pour les enfants, qui s'est développée petit à petit, est sans doute sincère et estiment que cette attitude n'est pas contradictoire avec son apparence fièrement « virile ». Si la paternité apparaît donc pour beaucoup de garçons comme une perspective lointaine dans laquelle ils ne se sentent pas impliqués, les jeunes filles (ou du moins certaines d'entre elles) « militent » (déjà ?) pour un partage plus équitable des rôles parentaux, le père pouvant à leurs yeux s'occuper des enfants dès leur plus jeune âge et leur « virilité » n'impliquant pas l'absence d'affection ou d'émotion. Bien sûr, la discussion sur ce point ne pouvait suffire à rapprocher les points de vue.

## Quelle carrière pour une femme ?

George s'occupant des enfants et Erin s'investissant dans sa carrière d'avocate, le film de Soderbergh présentait un intéressant renversement de rôles. Alors, entre le boulot et la famille, faut-il nécessairement choisir ? Tout le monde tombe sans doute rapidement d'accord en déclarant que l'idéal serait de pouvoir concilier harmonieusement les deux, et personne ne semble vouloir sacrifier sa vie personnelle ni faire l'impasse totale sur le travail... Certains, et notamment



D.R.

certaines jeunes filles qui défendent le personnage d'Erin Brockovich à ce propos, soulignent cependant l'importance d'un travail dans lequel on s'épanouit et affirment en particulier que l'investissement d'Erin dans son boulot peut se justifier sans doute par l'argent qu'elle y gagne mais surtout par la reconnaissance qu'il lui apporte : elle est fière de ce qu'elle fait, elle est heureuse qu'on la respecte, alors que, comme mère au foyer, non seulement elle ne parvenait pas à joindre les deux bouts mais elle était déconsidérée aux yeux de tous.

Même si tout le monde est conscient que le film de Soderbergh est largement fictionnel et que la carrière d'Erin Brockovich (qu'il s'agisse du personnage réel ou de celui interprété par Julia Roberts) est tout à fait exceptionnelle, c'est pour certain(e)s l'occasion d'affirmer des valeurs – et notamment une soif de reconnaissance individuelle – qui semblent déniées par ailleurs.

À ce propos, beaucoup admirent l'aisance verbale d'Erin Brockovich qui, au début du film, est déconsidérée à cause



DR.

de ses écarts de langage (gros mots et autres vulgarités), mais qui se servira précisément de ces « faiblesses » pour clouer le bec à ses adversaires. On perçoit facilement que, pour ces élèves souvent stigmatisés par l'école, il y a là une forme de revanche sociale consistant à valoriser ce qui jusque-là était considéré comme un « défaut ».

### Pas de conclusion ?

D'autres thèmes ont été abordés au cours de cette discussion qui a duré deux heures, par exemple le type de carrière professionnelle choisie par Erin Brockovich qui, du statut de salariée, passe à celui de membre d'une profession libérale dont la rémunération dépend de l'importance des affaires qu'elle traite. Ici aussi, on a pu relever des différences de sensibilité, même si la question suscite des réactions moins personnelles dans la mesure où elle ne se pose pas encore concrètement aux participants.

Il est clair que cette discussion ne représentait qu'une étape dans une possible réflexion à plus long terme sur les rôles masculins et féminins. L'intérêt de cette démarche était notamment pour nous de montrer à l'enseignante qui y était associée comment utiliser un film de fiction pour permettre aux élèves d'exprimer des valeurs et des attitudes dont ils n'ont souvent qu'une fai-

ble conscience. Par ailleurs, comme l'objectif d'une telle animation n'est évidemment pas d'obtenir une « bonne réponse », le travail préparatoire consistant à élaborer un questionnaire portant sur une dizaine d'éléments précis du film (comme l'habillement d'Erin et dont on a présenté un résumé) a néanmoins guidé la discussion et évité qu'elle ne s'éloigne trop de son thème principal.

L'ensemble de cette discussion a d'ailleurs fait l'objet d'un compte rendu écrit qui a ensuite été remis aux participants.

**Michel Condé**

Centre Culturel Les Grignoux,  
Liège, Belgique.

*1. La « dynamique » générale du groupe était sans doute suffisamment bonne pour permettre une telle expression : dans d'autres groupes, il aurait peut-être mieux valu séparer la classe en deux groupes unisexes (cf. Josette Morand et Claude Rozier. Éducation à la sexualité : une animation en classe de 4<sup>e</sup>. La Santé de l'homme, novembre-décembre 2001 : 23-4).*

Rubrique Cinésanté coordonnée par  
M. Condé : [contact@grignoux.be](mailto:contact@grignoux.be)  
et A. Douiller : [alain.douiller@free.fr](mailto:alain.douiller@free.fr)



DR.

## Contribution d'une association de lutte contre le sida à l'éducation du patient atteint par le VIH

**La survenue de l'infection par le VIH a suscité une mobilisation sans précédent dans l'histoire de la médecine. Elle a participé au développement d'associations de patients sur un modèle de santé communautaire. Ces associations ont rapidement pris une part importante dans la prise en charge et le soutien des personnes vivant avec le VIH, soutien qui s'est progressivement organisé et professionnalisé. Aujourd'hui, elles ont investi tous les domaines de la maladie et en particulier l'éducation thérapeutique.**

Quelques mois après l'arrivée de nouvelles combinaisons de traitement anti-VIH (multithérapies), en 1996, sont apparus de nouveaux effets secondaires signes de l'infection appelés « lipodystrophies ». Il s'agit d'anomalies de la répartition du tissu graisseux sur le corps : la graisse s'accumule sur le tronc (obésité tronculaire) et éventuellement entre les omoplates (bosse de bison), et/ou disparaît sous la peau, en particulier au niveau des membres et du visage. Ces anomalies apparaissent chez environ 50 à 60 % des personnes séropositives en traitement, le plus souvent dans l'année qui suit la mise sous traitement (1-3). À ces signes visibles, s'ajoutent des élévations parfois spectaculaires du taux de cholestérol et/ou de triglycérides (graisses) dans le sang. Des intolérances au glucose sont également fréquentes. Ces anomalies biologiques sont des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (infarctus, angine de poitrine, etc.). Les mécanismes explicatifs de ces phénomènes sont encore très mal connus et il n'existe pas de réponse médicale satisfaisante (hormis les interventions chirurgicales qui permettent le « remplissage » des joues creusées).

Si les lipodystrophies mettent en péril la santé à long terme des personnes vivant avec le VIH (maladies car-

diovasculaires), elles détériorent, en outre, considérablement leur image corporelle, ainsi que leur équilibre psychologique et leur vie sociale (professionnelle, familiale, affective et sexuelle) (4-6). De plus, elles altèrent la bonne adhésion des personnes à leur traitement (7). Rappelons qu'aujourd'hui beaucoup de personnes débutent un traitement alors qu'elles n'ont aucun signe de l'infection par le VIH et se sentent bien. Comment dans ces conditions accepter un traitement dont on sait qu'il peut transformer aussi radicalement le corps ? Pour les personnes qui ont vécu les années sans traitement efficace, il n'est pas plus facile de passer d'une physionomie parfois décharnée à celle d'un embonpoint. Ce problème de l'image du corps, du regard des autres, ces transformations brutales, font l'objet de nombreuses plaintes de la part de ces personnes, que le corps médical a mis bien longtemps à prendre en considération.

### La mobilisation des associations

Créant une « force sociale » face au système médical, les associations de lutte contre le sida ont, par un fort mouvement militant, participé à l'évolution des rapports soignants/soignés et du système de santé (8-11). Concernant les lipodystrophies, elles ont alerté les pouvoirs publics dès l'apparition des pre-

miers signes comme en témoignent de nombreux articles dans la presse spécialisée. Des réunions d'information ont été organisées et des brochures ont été élaborées. Des programmes d'aide à l'observance ont vu le jour dans plusieurs associations mais aucun n'est spécifiquement conçu pour les personnes présentant des lipodystrophies.

Parallèlement, Aides Paris met en place depuis de nombreuses années des actions d'éducation du patient vivant avec le VIH : entretien de *counseling* (accompagnement, soutien) sur la prise des médicaments, groupe de parole et d'autosupport sur les traitements, ateliers nutrition sur « comment se nourrir avec les traitements », information sous diverses formes (réunions, brochures, etc.). C'est ainsi un observatoire privilégié du vécu des personnes en traitement, qui se confient parfois plus facilement qu'en milieu médicalisé. Cette association représente surtout un lieu où chaque personne est soutenue dans un projet plus global d'autodétermination et de réinsertion sociale, dont l'objectif est de rendre chacun acteur de sa santé.

En 1999, alors que les lipodystrophies sont clairement identifiées par les patients et encore très peu prises en compte par les soignants, Aides Paris met en œuvre un programme spéci-

fique appelé « parcours lipodystrophies » dans ses locaux à Paris (10<sup>e</sup> arrondissement). L'idée est de créer un espace de parole et d'information sur les lipodystrophies, afin d'améliorer la capacité des personnes à faire des choix éclairés et à agir dans la limite de leurs possibilités. Il s'agit de proposer des solutions pratiques et variées aux personnes souffrant de lipodystrophies afin d'améliorer leurs capacités à réduire leurs symptômes et/ou à mieux les accepter. On peut penser que ce programme a également un effet positif sur l'adhésion des personnes à leur traitement.

Aides est donc d'initiateur d'un programme original et unique par son approche résolument centrée sur les lipodystrophies.

## Un programme original sur les lipodystrophies

Le « parcours lipodystrophies » a pour objectif général de minimiser l'altération du bien-être et de la qualité de vie des personnes souffrant de lipodystrophies.

Les objectifs intermédiaires de ce programme ont été définis de la manière suivante :

- améliorer le vécu des personnes et leur ressenti vis-à-vis des signes de lipodystrophies ;
- les informer sur les stratégies existantes pour diminuer les symptômes et préserver leur santé à long terme ;
- les soutenir dans leurs choix et augmenter leur éventuelle détermination à agir.

Le « parcours » comprend : un atelier d'une journée entière (10 h 30-17 h), proposé aux personnes qui le souhaitent, une fois par semaine pendant quatre semaines consécutives, suivies de deux journées d'évaluation et d'accompagnement, une semaine, puis quatre semaines après. Les activités et les intervenants sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

Le groupe de parole permet, outre la création d'une dynamique de groupe, une confrontation des symptômes ressentis, une verbalisation du mal-être, une expression des émotions et l'ap-

prentissage de la relation d'aide et de l'autosupport dont les effets bénéfiques ont été montrés (12).

La relaxation, la sophrologie et le Qi Gong (prononcer « chi-kong ») appartenant à l'atelier « exercice physique », permettent une meilleure gestion du stress et une visualisation mentale du corps.

L'atelier d'écriture se rapproche des techniques créatives d'éducation pour la santé comme la peinture. Il permet une valorisation du témoignage par la création d'une trace écrite, contribuant à l'amélioration de l'estime de soi.

## Parcours lipodystrophies : activités, intervenants et supports utilisés

		Atelier 1 Semaine 1	Atelier 2 Semaine 2	Atelier 3 Semaine 3	Atelier 4 Semaine 4	Atelier 5 Semaine 5	Atelier 6 Semaine 9
Nature des activités	matin	Groupe de parole. TLJ	Activités physiques*	Activités physiques*	Atelier d'écriture. TLJ	Auto-évaluation collective	Évaluation collective 4 semaines après la fin des ateliers TLJ
	a. m.		Exposé sur la nutrition	Exposé sur les traitements		Évaluation individuelle	
Intervenants		Psychologue	Kinésithérapeute Et Diététicien(ne)	Kinésithérapeute Et Formateur	Volontaires expérimentés	Psychologue Et coordinateurs du programme	Coordinateurs du programme
Supports utilisés			Paper board et documents	Paper board et documents		Questionnaire	Questionnaire

\* gymnastique, relaxation, sophrologie et/ou Qi-Gong (art martial interne chinois faisant partir intégrante de la médecine traditionnelle chinoise)

L'information nutritionnelle et thérapeutique, ainsi que l'apprentissage de techniques de musculation, apportent des connaissances et des savoir-faire qui peuvent contribuer à développer le sentiment d'auto-efficacité et à déplacer le lieu de maîtrise de sa santé (13).

Le soutien psychologique, la relaxation et les discussions de groupe permettent, en outre, aux personnes d'engager un « processus d'élaboration de ce qui est vécu » pour parvenir à dépasser le traumatisme que représente la perte de son image corporelle (14).

## Des résultats modestes mais encourageants

Lors de sa mise en place, une évaluation de ce programme a été menée par les volontaires (bénévoles) engagés dans la démarche<sup>1</sup>. Elle a combiné une approche quantitative et une approche qualitative, une évaluation de processus et de résultats.

Une analyse rapide permet d'observer que ce programme :

- s'inscrit dans un modèle de santé globale qui vise à l'autonomie et à l'auto-détermination des personnes ;
- adopte une logique d'enseignement associée à une logique d'apprentissage ;
- correspond à (selon la typologie de Gagnayre, 1996) :

- un apprentissage de l'acceptation de sa maladie ;
- un apprentissage de l'autosoin (acquisition de compétences cognitives, techniques, psychoaffectives, pour résoudre des problèmes liés à la maladie) ;
- un apprentissage de son corps (apprendre à regarder son propre corps, à l'observer, à l'accepter).

Dans ce programme original, tant par ses objectifs que par les outils pédagogiques utilisés, le processus éducatif apporte aux participants un gain de connaissance et les mène à adopter une attitude plus positive face à leurs symptômes. Si l'on se réfère au modèle trans-théorique de J. O. Prochaska (15), on constate que l'ensemble de ce programme se situe dans la phase de préparation au changement, en renforçant la détermination à agir, et qu'il aboutit à un *engagement personnel*. Le parcours apporte une matérialisation acceptable et réaliste aux intentions vagues des participants au début de l'action (« envie de faire quelque chose », « de se ren-

## ► Références bibliographiques

- (1) Carr A., Samaras K., Burton S., et al. A syndrome of peripheral lipodystrophy, hyperlipidaemia and insulin resistance in patients receiving HIV protease inhibitors. *AIDS* 1998 ; n° 12 : 51-8.
- (2) Leclercq P. Définition et physiopathologie des lipodystrophies. *La lettre de l'infectiologie* 1999 ; XIV, hors série juillet : 4-6.
- (3) Saint Marc Th. Anomalies cliniques et métaboliques observées au cours des traitements antirétroviraux. *La lettre de l'infectiologie* 1999 ; XIV, hors série juillet : 3.
- (4) Lavaud S. Les modifications corporelles sous traitement antirétroviral. *Le journal du sida* 1998 ; n° 111 : 11-3.
- (5) Marchand-Gonod N., Bungener C. Paroles de femmes. *Le journal du sida* 1998 ; n° 105-106 : 30-33.
- (6) Linard F. Impact psychologique des transformations corporelles. Allocution à la 3<sup>e</sup> journée annuelle « avancée VIH » des Laboratoires Glaxo-Wellcome, Paris, 6 mai 1999.
- (7) Saint Marc Th., Poizot Martin I., Partisni M., et al. A syndrome of lipodystrophy in patients receiving a stable nucleoside-analogue therapy. 6<sup>e</sup> conférence on retrovirus and opportunistic infections. Chicago, 1999 (abstract 642).
- (8) Licht N. Jeu de rôle. De l'impact du sida sur les rapports soignants-soignés. *Prévenir* 1993 ; n° 25 : 91-102.
- (9) Renard C., Deccache A., van Ballekom K., Heremans P. Prévention du sida et communication dans la relation soignant-soigné : un projet européen de formation 1991-1997. *Bulletin d'éducation du patient* 1997 ; 15, n° 4 : 97-103.
- (10) Diabète, prévention, dispositifs de soins et éducation du patient. Rapport du Haut Comité de la santé publique, coll. Rapports. Rennes : ENSP, 1998.
- (11) Kouchner B. Lutter contre l'épidémie. Allocution au colloque « Vie quotidienne et traitements de l'infection à VIH », organisé par Aides sous le haut patronage du secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale, Paris, 2 avril 1999.
- (12) Kohler C., Dolce J., Higgins D., et al. Use of Focus Group methodology to develop an asthma self-management program useful for community-based medical practices. *Health Education Quarterly* 1993 ; 20 : 421-9.
- (13) Deccache A., Malice A., Libion F., Renard C. Évaluation préalable auprès des patients : synthèse des résultats. *Bulletin Épidémiologique du Patient* 1995 ; 13, n° 1 : 13-5.
- (14) Puchieu S. Le contrat thérapeutique avec les diabétiques, quand l'observance rime avec confiance. *Réseau Diabète* 2000 ; n° 3 : 15-7.
- (15) Prochaska J.O., Di Clemente C.C. Stages of changes in the modification of problem behaviour. In : Herso M., Eisler R.M., Moller P.M. (eds). *Progress in behaviour*. Newbury Park : sage, 1992 : 184-218.

seigner », etc.). Quatre semaines après la fin du parcours, la plupart des participants ont engagé une démarche positive, même modeste, vis-à-vis de leur(s) symptôme(s). Bon nombre adoptent des mesures diététiques qui semblent plus aisées à mettre en œuvre que les mesures d'exercice physique.

Depuis quelques années, de nombreux textes officiels soulignent la nécessité d'une démarche d'éducation du patient dans la prise en charge des maladies chroniques, soulignant l'intérêt « d'intégrer les milieux associatifs dans la prise en charge des maladies chroniques » (10). Or curieusement, si les associations de lutte contre le sida sont reconnues pour leur impact important sur le système de santé et les relations patients/médecins, leurs actions éducatives, telle que celle décrite dans cet article, sont moins reconnues. Cette reconnaissance permettrait, d'une part, une meilleure coordination avec le système de soins, ce qui répondrait à ses nou-

velles exigences d'organisation, et d'autre part, de nouvelles modalités de subventionnement des associations. Une meilleure complémentarité entre ces différents partenaires améliorerait l'efficacité du soutien apporté aux personnes séropositives et à leurs proches, dans un souci constant d'amélioration de leur qualité de vie.

### Maryse Karrer

Chargée de mission au service Éducation du patient-Professionnels de santé, CFES.

1. Les résultats de cette évaluation peuvent être communiqués en s'adressant à l'auteur de cet article.

Pour toute information sur ce programme, vous pouvez contacter Gil Fraqueiro à Aides Ile-de-France, tél. 01 53 24 90 63 ou par mél à l'adresse suivante : fraqueiro@aidesidf.com.

Rubrique coordonnée par Isabelle Vincent : isabelle.vincent@cfes.sante.fr



## Le phénomène techno : clubs, raves, free-parties

Etienne Racine

Résultat d'un travail de recherche ethnologique de plusieurs années, le phénomène techno nous invite à une immersion dans une pratique sociale qui interpelle les responsables politiques et les familles. L'auteur explore avec force détails le sens que les acteurs donnent à ces rassemblements festifs, légaux ou non, qu'on les nomme grands raves, raves, free-parties ou teknivals. L'analyse montre que ces événements permettent à la fois l'inscription dans une communauté tout en favorisant la libre expression d'une symbolique individuelle. Parallèlement au décodage des significations collectives où la parole cède la place à la puissance des sonorités musicales, où l'apprentissage d'un code formalisé n'est pas nécessaire pour danser et où le DJ reste au service du collectif sans devenir une star, l'ethnologue Etienne Racine met en lumière des trajectoires individuelles allant de l'initiation à la retraite, en passant par la professionnalisation ou la prévention. La techno dispose désormais de sa propre histoire avec ses dates et périodes significatives.

Cette étude intéressera tout particulièrement l'éducateur pour la santé à travers l'analyse portée sur la consommation des substances psychoactives des participants. L'auteur présente la prise de conscience des risques des ravers ainsi que les stratégies mises en œuvre pour s'en prémunir le mieux possible. Mais il souligne également combien le testing peut favoriser la consommation.

Voici donc un ouvrage qui contribuera à dépassionner et à éclairer le débat sur une jeunesse déroutante, mais toujours en quête de sens.

Paris : Imago, 2002 : 213 p., 16,77 €.

Philippe Ropers

## Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes

Institut national de la santé et de la recherche scientifique (Inserm)

Ce rapport a été réalisé dans le but d'examiner la cohérence et l'efficacité des méthodes en matière d'éducation pour la santé utilisées auprès des jeunes, avec une attention particulière pour celles destinées à prévenir les comportements à risque liés à la toxicomanie et à l'usage de substances psychoactives. L'analyse du groupe d'experts a fait l'objet de sept points d'études : statut de l'éducation pour la santé des jeunes ; concepts, modèles et

évolution de l'éducation pour la santé des jeunes ; mise en œuvre de l'éducation à la santé dans le système scolaire ; démarches participatives en éducation pour la santé ; évaluation des programmes d'éducation pour la santé ; prévention des comportements sexuels à risque ; prévention des risques liés à la consommation de produits psychoactifs. Différentes recommandations ont été soulignées par le groupe d'experts. Elles portent sur quatre points : assurer la cohérence et la continuité des programmes éducatifs tout au long de la scolarité des jeunes ; développer en France des compétences propres à l'éducation pour la santé ; faire évoluer les méthodes éducatives et définir de nouveaux critères adaptés à leur évaluation ; valoriser les résultats de recherche en éducation pour la santé et accélérer leur diffusion auprès des acteurs de la prévention.

Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 247 p., 22,87 €.

Anne Garreau

## La sexualité pendant les « années collèges »

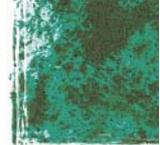
Revue L'École des parents

Ce dossier présente deux parties : l'une regroupant des articles se plaçant du point de vue des jeunes, l'autre s'intéressant au rôle des différents acteurs de l'éducation sexuelle des adolescents. La première partie regroupe une dizaine d'articles qui abordent chacun différents paramètres d'étude concernant le développement de la sexualité à l'adolescence :

conception de l'éveil sexuel à travers les époques, élaboration de la sexualité dans le développement de la relation à l'autre, relation entre violence et sexualité, etc. Plusieurs articles valorisent des actions menées auprès des jeunes telles que l'expérience réalisée dans un collège de l'Ain pour favoriser l'expression des jeunes ou encore le travail d'écoute effectué par les professionnels de la ligne *Fil Santé Jeunes*. Ils soulignent notamment la multiplicité des interrogations que suscite le développement de la sexualité chez les jeunes. La deuxième partie s'intéresse aux rôles des médias, institutions nationales et éducateurs auprès des jeunes. Le statut de l'éducation et des représentations de la sexualité sont évoqués : représentation et acte sexuel, influence des pairs à l'adolescence, regard sociologique sur la sexualité des jeunes dans les cités, divergence entre la libéralisation des mœurs et un système de protection des individus toujours accru.

Hors-série n° 1, mars 2002 : 66 p., 11 €.

A.G.



## Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels.

### Tome 1 : l'adolescence.

Réjean Tremblay (sous la dir. de), avec Jacqueline Beslot, Michel Dal Moro, Martine Guinard, Odile Lagacherie, Hubert Trombert

### Tome 2 : la personne handicapée mentale.

Réjean Tremblay (sous la dir. de), avec Antoine Aragon, Ginette Paunero, Nicole Suret, Marie-Christine Vidotto

La collection *Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels* a été conçue comme un véritable programme éducatif, proposant une approche humaine de la sexualité. Ce programme s'adresse à tous les professionnels ayant une fonction plus ou moins spécifique d'éducation sexuelle. L'introduction présente brièvement les principes directeurs du guide et justifie l'approche choisie, reposant sur les principes éducatifs de base qui consistent à écouter, informer, orienter, soutenir et témoigner.

Chaque volume de la collection se présente en deux parties. La première partie expose les fondements de l'éducation sexuelle. Quatre points sont développés : définition de la sexualité humaine, présentation du développement de la sexualité et des théories qui la définissent, objectifs de l'éducation sexuelle, présentation des différentes approches pédagogiques adaptées à l'éducation sexuelle. La deuxième partie propose une mise en pratique de l'éducation sexuelle. Le programme est organisé autour de différents points qui vont permettre de définir une action d'éducation sexuelle cohérente, telle que la position de l'éducateur vis-à-vis des élèves, la présentation du programme ou encore les techniques d'apprentissage à mettre en œuvre. Un questionnaire est proposé en fin d'ouvrage, afin de valider les acquis et de mesurer les effets de l'éducation sexuelle sur les individus. Des fiches pédagogiques sont proposées dans le volume consacré à l'adolescent, concernant différents aspects de l'éducation à la sexualité : plaisir sexuel, découverte de la sexualité, langage du corps, etc. Dans le volume consacré à la personne handicapée mentale, un point est particulièrement consacré à la place des parents dans le projet d'éducation sexuelle en Institution.

Ramonville Saint-Agne : Éditions Erès, tome 1 : 162 p. et tome 2 : 152 p., 20 €.

A.G.

## Sitcom alcool (vidéo)

Thomas Geser (scénario)

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (Ispa)

Présentée sous la forme d'une sitcom, cette vidéo a été réalisée dans le but de développer un dialogue sur la thématique de l'alcool avec un public d'adolescents. Le Mambor Bar est le lieu de rencontre privilégié des copains et copines de Vanda, qui viennent tour à tour lui raconter leurs aventures amoureuses, professionnelles et relationnelles, au sein desquelles l'alcool joue un rôle prédominant. La vidéo se compose de cinq petites scènes qui présentent chacune les raisons qui poussent à une trop grande consommation d'alcool : surmonter le stress, se remonter le moral, se donner du courage... Elles mettent également en valeur sur un ton humoristique les désagréments qui en résultent. La première scène aborde les dangers de l'alcool au volant. La deuxième démystifie le rôle de l'alcool dans la relation de séduction. La troisième scène montre de quelle façon l'excès d'alcool peut amener un comportement violent. La suivante expose les dangers de l'alcool dans la vie professionnelle, bien souvent utilisé pour pallier le stress du travail. La dernière scène expose enfin les risques d'accidents et de chutes qu'entraîne toute consommation excessive d'alcool. Un livret d'accompagnement propose des pistes de discussion avec les adolescents, selon les thèmes que l'on souhaite aborder, ainsi que différentes indications bibliographiques et pédagogiques.

Lausanne : Ispa, 2001, VHS Secam, 16 mn., un livret, 26 €.

A.G.

## Collection Petite enfance

Association Anthéa

Six séquences sont regroupées dans cette vidéo consacrée à la petite enfance : les oppositions de l'enfant, le sommeil de l'enfant, les peurs de l'enfant, les doudous, l'acquisition de la propreté, l'éveil de l'enfant. Les séquences sont toutes de courte durée et construites d'une manière identique, mettant en scène des enfants à la crèche ou avec leurs parents. Après un premier temps consacré à la définition du thème abordé, chaque séquence donne différentes explications concernant l'attitude de l'enfant :

comment évoluent les conduites d'opposition avec l'âge ? Quelle est la physiologie d'un sommeil normal chez l'enfant ? Pour quelles raisons un enfant a-t-il peur ? Qu'est-ce qu'un objet transitionnel ? Comment s'effectue l'acquisition de la propreté ? Comment se déroule l'éveil de l'enfant ? etc. Ces différentes informations permettent aux parents de mieux appréhender le comportement de leur enfant et d'être plus sereins. Certaines séquences proposent également des conseils pour mieux gérer les situations les plus délicates, telles que savoir éviter les conflits et dépasser les oppositions, appréhender les peurs nocturnes de l'enfant ou encore faciliter l'apprentissage de l'enfant à la propreté. Chaque séquence s'accompagne de fiches reprenant les informations développées au cours du film.

VHS Secam, 40 min., 2001.

Association Anthéa : 46 €, frais de port inclus (7, place aux Herbes 83300 - Draguignan. Tél. 04 94 68 98 48).

A.G.





# IL NE SAIT PAS ENCORE PARLER MAIS IL TOUSSE DÉJÀ TRÈS BIEN

+72% DE BRONCHITES, +52% DE CRISES D'ASTHME,  
+48% D'OTITES CHEZ LES ENFANTS EXPOSÉS AU TABAC.



l'Assurance Maladie  
sécurité sociale



8h-22h - 7 jours/7 - 0,15 €/Min



www.cfes.sante.fr