

Document réalisé par

Juin 2012

le Service Communautaire en Promotion Santé «SIPES»
Service d'Information Promotion Education Santé
Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Avec le soutien de la
Fédération Wallonie-Bruxelles

Prévenir le diabète de type 2: un autre regard

pour agir sur les déterminants de la santé et
tenir compte de la diversité des publics

Cahier Santé SIPES – 2012
Emmanuelle Caspers, Isabelle Godin



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Document réalisé par

le Service Communautaire en Promotion Santé «SIPES»
Service d'Information Promotion Éducation Santé
École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Prévenir le diabète de type 2 : un autre regard

pour agir sur les déterminants de la santé et
tenir compte de la diversité des publics

Cahier Santé SIPES – 2012
Emmanuelle Caspers, Isabelle Godin



COLOPHON

Auteurs

Emmanuelle CASPERS
Isabelle GODIN

Relecteurs

Damien FAVRESSE
Bénédicte HANOT

Remerciements

(par ordre alphabétique)

Dominique ANTOINE
Rachida BENSLIMAN
Pascale DECANT
Maryse GOMBERT
Perrine HUMBLET
Viviane de LAVELEYE
Valentine MUSETTE
Murielle NORRO

Cette brochure a été éditée grâce au soutien financier et logistique de la Fédération Wallonie-Bruxelles – Direction Générale de la Santé

Mise en page

Nathalie DA COSTA MAYA,
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire
CDCS asbl

Aide à la diffusion

Anne-Sylvie LADMIRANT et Zoubida EL MAACH,
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire
CDCS asbl

Impression

Imprimerie AZ Print, Grâce-Hollogne

Veillez citer ce document de la façon suivante :

CASPERS E., GODIN I. Prévenir le diabète de type 2 : un autre regard pour agir sur les déterminants de la santé et tenir compte de la diversité des publics. Cahier Santé SIPES, Service d'Information Promotion Éducation Santé, ESP-ULB, Bruxelles 2012.

Dépôt légal :

D/2012/10.134/1 – Juin 2012

Parmi les publications de SIPES, dans la série «Cahier Santé» :

GODIN I., DE SMET P., FAVRESSE D., MOREAU N., PARENT F. (eds) *Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique*. Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2007.

JONCKHEER P. *Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française*. Cahier Santé SIPES, Service d'Information Promotion Éducation Santé, ESP-ULB, 2009.

DECANT P., FAVRESSE D., DE SMET P., GODIN I. *J'aime pas l'école ! Une relecture des données de l'enquête «Santé et bien-être des jeunes» en Communauté française*. Cahier Santé SIPES, Service d'Information Promotion Éducation Santé, ESP-ULB, Bruxelles, 2011.

Vous pouvez télécharger gratuitement ces brochures au format pdf :
sipes.ulb.ac.be

AVANT-PROPOS

Ce Cahier Santé sur le diabète est le quatrième d'une série entamée il y a 5 ans par le Service Communautaire de Promotion de la Santé SIPES.

Vu l'ampleur prise par le diabète de type II tant dans nos sociétés industrielles que dans les pays en transition épidémiologique, et les conséquences en termes de bien-être, de qualité de vie et de santé, mais aussi de coûts financiers pour les patients et la collectivité, il va s'en dire que c'est un sujet de grande actualité. L'OMS soutient d'ailleurs l'initiative de la Fédération Internationale du Diabète qui, depuis 1991, consacre la date du 14 novembre comme journée mondiale du diabète.

Notre Cahier Santé n'a pas l'ambition de mettre en avant de nouvelles causes ou découvertes à propos de cette thématique, et un rapide regard sur cette littérature nous indique déjà que les publications sur ce thème sont extrêmement nombreuses.

Nous souhaitons aborder le diabète sous un autre regard, y analyser les enjeux sociétaux qui y sont sous-jacents, et pourquoi pas réviser nos *a priori*, voire nos jugements de valeur concernant les personnes et les populations qui en sont atteintes ?

La lecture que nous vous en proposons est certes plus complexe qu'une analyse menée sous le seul angle médical ou qui suivrait une vision trop individualisée (plus de sport, moins de surpoids !). Nous appelons à une prise en considération de différents facteurs qui se situent à des niveaux sociaux et économiques plus globaux, et qui exercent une influence manifeste sur le développement du diabète. Nous espérons avoir pu répondre modestement à ce défi au travers de ce cahier, dont je vous en souhaite une excellente lecture.

Isabelle Godin
Responsable du Service Communautaire SIPES

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION : OBJECTIFS ET PUBLICS VISÉS, CONTEXTE, DÉMARCHE DE TRAVAIL	6
1. OBJECTIFS ET PUBLICS VISÉS	6
2. CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA BROCHURE	7
2.1 Le DT2M : une humiliation pour la santé publique ?.....	7
2.2 La promotion de la santé : que peut-elle y voir/faire ?.....	7
2.3 Les migrants, plus à risque de développer un DT2M ?.....	8
2.4 L'inquiétude et le sentiment d'impuissance des acteurs de santé.....	9
2.5 Relier les problématiques, relier les publics.....	10
3. DÉMARCHE DE TRAVAIL	11
4. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA BROCHURE.....	11
I. LE DIABÈTE : DÉFINITIONS, CONSÉQUENCES POUR LA SANTÉ, FACTEURS DE RISQUE ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DISPONIBLES	12
I.1 DÉFINITIONS (OMS, 2011).....	12
I.1.1 Qu'est-ce que le diabète ?.....	12
I.1.2 Diabète de type 1 - DT1	12
I.1.3 Diabète de type 2 - DT2M.....	12
I.1.4 Diabète gestationnel	13
I.1.5 L'altération de la tolérance au glucose et de la glycémie à jeun	13
I.1.6 Quelles sont les conséquences habituelles du diabète ?.....	13
I.1.7 Diabète et maladies non transmissibles	14
I.2 FACTEURS DE RISQUE.....	15
I.2.1 Facteurs de risque individuels «modifiables» du DT2M	16
I.2.2 Facteurs de risque individuels «non modifiables» du DT2M	16
I.3 DT2M : DE LA «COLLECTIVISATION» DU RISQUE AUX INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	17
I.4 ÉLÉMENTS D'ÉPIDÉMIOLOGIE RELATIFS AU DIABÈTE	20
I.4.1 Types et origines des données quantitatives relatives au diabète	20
I.4.2 Le diabète : épidémie mondiale, «tsunami sanitaire».....	22
I.5 DONNÉES RELATIVES AU SURPOIDS ET À L'OBÉSITÉ	27
I.5.1 La faute aux kilos !.....	27
I.5.2 Au loup au loup ?!.....	28
I.5.3 Surpoids et obésité : «pandémies» en voie de stabilisation ?.....	30
I.6 PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ APPELÉES À LA RESCOUSSE !	33



II.	LA PRÉVENTION DU DT2M À LA LUMIÈRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ	34
II.1	LA PROMOTION DE LA SANTÉ : UN RÉFÉRENTIEL INTERNATIONALEMENT RECONNU... ..	34
II.1.1	La promotion de la santé à la une des sommets et recommandations des Nations Unies	34
II.1.2	Un cadre de promotion de la santé qui percole plus difficilement dans le Plan national nutrition et santé belge	35
II.2	LA PROMOTION DE LA SANTÉ AU CŒUR DE LA SANTÉ EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES	37
II.2.1	Rappel critique des concepts : santé, promotion de la santé, déterminants, approche écologique et inégalités sociales de santé (ISS)	37
II.2.2	Approche écologique de l'alimentation : tentative de modélisation	45
II.2.3	L'approche écologique en images : projets prometteurs et graines d'espoir.....	52
II.2.4	Des implications pour l'accompagnement du DT2M ? L'exemple du Réseau santé diabète	53
III.	PROMOTION DE LA SANTÉ ET DIVERSITÉ : LE PARI DE LA COMPLEXITÉ	55
III.1	LA BELGIQUE, UNE IDENTITÉ TOUJOURS PLUS DIVERSIFIÉE DONT IL FAUT TENIR COMPTE, EN SANTÉ AUSSI !	55
III.2	RENDRE COMPTE DE LA DIVERSITÉ HUMAINE : REPÈRES CONCEPTUELS.....	58
III.2.1	Ethnocentrisme et relativisme culturel chez Lévi-Strauss.....	58
III.2.2	De la diversité à l'inégalité (sociale)	59
III.2.3	Étranger, migrant : le nommer, (pour) lui parler.....	60
III.3	LES VOIES DE LA «COHÉSION SOCIALE», ET DE LA «MIXITÉ/DIVERSITÉ»	62
III.3.1	Cohésion sociale.....	62
III.3.2	Mixité/diversité	63
III.3.3	De la politique aux pratiques : la médiation interculturelle.....	63
III.3.4	S'informer, communiquer pour plus de santé : la part de la «Health literacy».....	66
IV.	CONCLUSION : UNE MALADIE COLLECTIVEMENT ÉVITABLE	68
	RÉFÉRENCES	70

INTRODUCTION : OBJECTIFS ET PUBLICS VISÉS, CONTEXTE, DÉMARCHE DE TRAVAIL

1. OBJECTIFS ET PUBLICS VISÉS

Ce Cahier Santé consacré au diabète se donne quatre grands objectifs fortement reliés :

1. Présenter les *caractéristiques du DT2M et les données épidémiologiques* s'y rapportant. Mettre ces données en perspective avec les *données relatives à l'obésité* et leur évolution. Interroger particulièrement ce facteur de risque du DT2M, pour rappeler les *principes conceptuels et méthodologiques de la promotion de la santé* dans le domaine spécifique de l'alimentation.
2. À partir des *recommandations / plans / appels communautaires, nationaux ou internationaux* portant notamment sur l'alimentation (plans Nutrition, Stratégie mondiale pour l'alimentation et l'activité physique, etc.), mettre en évidence les leviers d'action possibles sur les déterminants de l'alimentation, dépassant les modes de vie individuels. À noter que les *déterminants de l'alimentation* favorisent la transversalité dans le regard et les pratiques. Ils sont en effet sous-jacents à l'ensemble des MNT, et favorisent de surcroît une approche positive et tangible de la santé, bâtie sur ce que chacun d'entre nous connaît bien : l'acte de manger.
3. Mettre en évidence *différentes modalités d'intervention* sur les déterminants de l'alimentation micro- ou macro-environnementaux, tout particulièrement en regard de la *diversité sociale et culturelle*. Illustrer ces modalités d'intervention à l'aide de projets/démarches de prévention/promotion de la santé ou favorisant la diversité/mixité/cohésion sociale.
4. Si possible, en tirer des implications pour *l'accompagnement du DT2M (pratiques ou dispositif)*, tout particulièrement dans une perspective de respect de la diversité et de réduction des inégalités (sociales) de santé.

Ce Cahier Santé s'adresse aux publics suivants :

- prioritairement, *aux personnes –professionnelles ou non– impliquées dans des projets à portée préventive/de promotion de la santé* relatifs au DT2M ou à ses déterminants, particulièrement en matière d'alimentation. Que ces projets se déploient dans le domaine/secteur de la Santé, de l'Égalité des chances, de la Promotion de la diversité/mixité, de la Cohésion sociale, de l'Éducation (permanente) ou de l'Enseignement ;
- *aux politiques et décideurs* en charge des différentes matières pouvant avoir une incidence sur la qualité des démarches de promotion de la santé, de prévention et de soins dans le domaine du DT2M ;
- et enfin, *aux professionnels ou groupes d'entraide* actifs dans le dépistage, l'accompagnement ou le soin du DT2M.

2. CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA BROCHURE

2.1 LE DT2M : UNE HUMILIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ?

De longue date, les instances internationales généralistes (Organisation Mondiale de la Santé) ou spécialisées (Fédération Internationale du Diabète) attirent l'attention des états et des populations sur la progression du diabète. Elles appellent, par conséquent, à la mise en œuvre de mesures efficaces pour prévenir la maladie ou pour en réduire les effets invalidants. À lire ces appels répétés, et en dépit par exemple de l'existence des programmes nationaux «Nutrition et santé» ou de la promotion du dépistage du DT2M, on ne peut s'empêcher de ressentir l'urgence. C'est d'autant plus préoccupant que les pays dits «moins développés», qu'on pensait à l'abri des conséquences d'une alimentation abondante, semblent subir de plein fouet les effets d'une «transition sanitaire».

Ces constats répétés peuvent également suggérer la crainte, faire éventuellement naître un sentiment de fatalisme. Comment réagir à ce véritable «tsunami sanitaire» incarné par le diabète, plus particulièrement le diabète de type 2 ? D'aucuns seraient tentés, à la manière du docteur Knock, de voir un malade qui s'ignore dans toute personne bien portante. Une posture aussi noire, que certains qualifieraient pourtant de réaliste, n'est sans doute pas la plus propice au bien-être.

Un premier réflexe, inspiré par la critique historique, invite à *relire attentivement les chiffres*, à les remettre en perspective et en contexte. L'évolution de différents continents, de différents pays, voire même de territoires ou de quartiers, est-elle si facilement comparable ? Dispose-t-on de données fiables et comparables pour tous ces lieux ou réalités ? L'actualité épidémiologique ou les projections établies pour l'avenir tiennent-elles par exemple compte de la diversité culturelle, des changements politiques, sociologiques, voire anthropologiques, ou même biologiques, qui interagissent avec la qualité de vie, et donc avec la santé des populations ?

À l'autre bout du raisonnement quelque peu pessimiste inspiré par les données quantitatives et leur interprétation, un second réflexe critique est de se demander s'il est pertinent de mettre principalement en cause les *habitudes* ou *modes de vie individuels*. La malbouffe et le manque d'activité physique, pour ne parler que des plus emblématiques.

Pour en revenir à la *santé publique*, à savoir à cette tentative toujours perfectible d'extrapoler la santé individuelle au niveau collectif, quelle en est la conception qui lui permettrait d'endosser l'humiliation que lui infligeraient les chiffres du diabète ? Ou plus positivement, comment renforcer la capacité d'agir de la santé publique sur la prévention du diabète ? S'il s'agissait d'inclure réellement dans la sphère de la santé publique une capacité de transformation des leviers sociaux, politiques ou encore économiques, qui impactent sur le bien-être de tout un chacun, cette science humaine pourrait effectivement assumer la soi-disant humiliation et prétendre à améliorer durablement la santé. Mais la santé publique est-elle vraiment toujours envisagée de manière aussi large ? Une brèche vers la complexité en santé a pourtant bel et bien été ouverte, nous pensons particulièrement à la *promotion de la santé*...

2.2 LA PROMOTION DE LA SANTÉ : QUE PEUT-ELLE Y VOIR/FAIRE ?

Alors que la *promotion de la santé* est internationalement désignée comme une contributrice essentielle à la réduction des maladies non transmissibles telles que le diabète, on ne voit pas toujours en quoi et de quelle manière elle peut y participer. Par conséquent, on ne se saisit que trop rarement de cette approche, ou plutôt de ce niveau d'approche, pour envisager le DT2M, tout particulièrement sa prévention. De plus, en Belgique et ailleurs, les investissements dans les programmes de prévention et de promotion de la santé restent modestes, en regard par exemple des budgets alloués aux soins (Berghmans L., 2011 ; Mc Queen D., 2011). Dans son rapport aux NU, le rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation, Olivier de Schutter, précise : «La lutte contre les MNT est sous-financée du fait, en partie, qu'elle n'a pas été inscrite dans les objectifs du Millénaire pour le développement adoptés en 2000. Moins de 3 % de l'aide au développement dans le secteur de la santé est consacrée à la lutte contre les MNT, alors que celles-ci sont à l'origine de plus d'un tiers de tous les décès prématurés. Les couches les plus pauvres de la population sont particulièrement touchées par les MNT.» (ONU, 2011).

Enfin, en questionnant sans cesse la capacité (voire l'«efficacité») des programmes de promotion de la santé à *changer les modes de vie individuels*, on adopte une appréhension restrictive du paradigme de promotion de la santé. Qu'il s'agisse d'alimentation ou d'activité physique, deux domaines particulièrement en lien avec le DT2M, il faut garder à l'esprit que *la finalité de la PS est d'augmenter le pouvoir d'agir des individus et collectivités sur leur santé*. Et, ce, en garantissant, chez l'individu, au sein des lieux de vie, et aussi dans l'organisation sociale plus large, *la mise en place des conditions éducatives, sociales, de loisirs, de travail, économiques, sanitaires/de soins, politiques, idéologiques, environnementales, etc.* les plus favorables à la santé et au bien-être. Les plans proposés, dans le domaine de l'alimentation par exemple, accordent une attention majeure à l'individu et son comportement alimentaire. Ce faisant, ils ont parfois tendance à isoler l'individu de la collectivité, de son milieu de vie et de la société dans laquelle ils s'inscrivent. Ils surevaluent la capacité réelle de l'individu à être acteur de sa santé et maître de ses «choix» alimentaires ou ses choix de santé en général. On sait pourtant que «beaucoup de comportements de santé sont imposés par les conditions de vie et d'environnement et non pas choisis librement» (Deschamps J.-P., 2003). À regarder l'environnement alimentaire «physique» par exemple, on peut relever qu'il est largement investi par des grandes surfaces (avec de petites antennes locales qui prennent la place des maraîchers/épiciers d'antan), de fastfood... dont l'un des effets sur nos comportements alimentaires est la dislocation des repères spatio-temporels. D'un bout à l'autre du pays ou de la planète, on peut consommer les «mêmes» aliments, parfois certes adaptés à ce qui reste des usages locaux, mais indifféremment de la saison. Les enjeux économiques prennent le pas sur les traditions qui conféraient un sens au fait de trouver par exemple des œufs en chocolat à Pâques (avril), et pas dès le mois de février !

Bref, d'un côté, l'environnement alimentaire oriente fortement les comportements alimentaires, et de l'autre on (hyper) responsabilise l'individu en matière de santé, dernier élément qui confère illusoirement un statut d'acteur au «consommateur», ou aux publics en général. En faisant cela, on travaille souvent insuffisamment à la création d'environnements «supportifs». Nous entendons par là, des environnements «qui permettent aux personnes et aux groupes de changer leurs comportements, en les *portant* littéralement» (Deschamps J.-P., 2003). Autrement dit, des environnements qui permettent réellement de mettre en action les modes de vie les plus adaptés au bien-être, dans un sens large, et en tenant compte des aspirations individuelles et collectives. Le propos de ce Cahier Santé n'est bien entendu pas d'exclure les approches centrées sur l'individu, ni même de balayer la question de la responsabilité de chacun(e), mais bien de les équilibrer par une attention aux déterminants environnementaux de la santé et du bien-être.

Partant de la définition et des principes d'intervention de la promotion de la santé, ce Cahier Santé propose de les situer en regard du DT2M et de sa prévention.

Il abordera plus spécialement la question de l'alimentation dans une perspective de promotion de la santé, avec une attention toute particulière aux *déterminants micro- et macro-environnementaux*. Les premiers se déploient dans les milieux de vie (école, travail, quartier, etc.), alors que les seconds sont liés à l'organisation de la société (normes et règlements, valeurs dominantes, déterminants socio-économiques, système juridique international, etc.). Ce premier angle de réflexion, à l'aune de l'approche écologique de la santé, éclairera d'ores et déjà la question des *inégalités (sociales) de santé*.

2.3 LES MIGRANTS, PLUS À RISQUE DE DÉVELOPPER UN DT2M ?

Face à l'hypothèse d'une prévalence importante du DT2M parmi les personnes issues de la migration, nous avons longuement réfléchi à l'orientation de ce cahier. Le projet initial souhaitait donner une place centrale au public migrant, envisagé en quelque sorte comme «public prioritaire» et vis-à-vis duquel un regard/une analyse et des stratégies «spécifiques» seraient souhaitables. Cette première orientation s'est progressivement modifiée, sous l'effet de questionnements successifs, et suite à différents échanges autour du *projet* de cahier santé :

- à côté d'un «effet migrant» documenté par la littérature en santé publique, comment définir ou cerner «le public migrant» ? À partir de quand devient-on et ensuite cesse-t-on d'être migrant ? Cette définition a-t-elle une pertinence réelle/forte en regard de la santé et, *a fortiori*, du DT2M, qu'il s'agisse de le prévenir, ou même de l'accompagner ? Ne comporte-t-elle pas un risque de «stigmatisation» du public ? Stigmatisation dont l'effet contre-productif sur la santé/le bien-être est, lui, bien réel.

- Peut-on raisonnablement parler d'«un (seul)» public migrant ? Quand bien même on parlerait de «publics migrants», en spécifiant pour chacun un pays d'origine par exemple, cela ne reviendrait-il pas à donner l'illusion de réalités individuelles homogènes, que quelques traits caractéristiques permettraient de définir... et achèveraient de simplifier ?
- En pensant à la forme même du vocable «migrant», à savoir le participe présent, n'entraîne-t-elle pas une conception particulière de ce public ? Une conception qui l'enfermerait en quelque sorte dans une mouvance perpétuelle, empêchant l'appartenance à un lieu et donc la satisfaction de besoins de base : celui de sécurité, mais aussi le besoin d'appartenance, voire ceux de reconnaissance et d'identité ? «Un» public dont l'identité serait à ce point construite sur l'instabilité, quelque chose de perpétuellement inaccompli (migrant = «en train de» migrer) ne serait-il pas particulièrement exposé aux inégalités ? À une considération qui ne peut être que «moindre» ?
- Proposer notre contribution à la communauté de publics mobilisée/able par le DT2M en examinant les «spécificités culturelles» des publics semble pertinent, mais cette approche relève d'une *approche holistique et inclusive* de la santé incluse derechef dans une démarche de promotion de la santé.
- Pour approfondir néanmoins la perspective d'«inclusion», il nous a semblé utile d'interroger, en plus de la promotion de la santé et de l'approche écologique, d'autres référentiels tels que la «lutte contre les discriminations», plus positivement énoncée en «promotion de la cohésion sociale», de la «diversité» de «l'équité» ou de «l'égalité des chances». Cet autre cadre d'analyse et d'intervention éclairera une nouvelle fois le motif des *inégalités (sociales) de santé*.

On l'aura compris, **le diabète de type 2 et sa prévention constitueront ici une porte d'entrée thématique pour approcher conceptuellement et aussi concrètement que possible, dans le domaine de l'alimentation, les modes d'action possibles sur les inégalités de santé**. Nous faisons l'hypothèse que ce «mécanisme d'inégalité», bien plus qu'une appartenance ethnique ou des habitudes culturelles particulières, constitue un levier puissant de fragilisation de la santé et du pouvoir d'agir sur sa santé. Autrement dit, nous pensons qu'il serait plus efficace de se pencher sur *les conditions de vie ou d'accès à l'information et à l'instruction (en santé et en général)* qui peuvent caractériser certains groupes de population, minorités sociales et/ou minorités ethniques, que d'envisager uniquement les spécificités culturelles, voire biologiques de ces mêmes groupes vis-à-vis du DT2M ou de l'alimentation.

Avec d'autres auxquels ce cahier fera écho, nous affirmons que **réduire ou enrayer les inégalités de santé est possible** mais/et que cette finalité implique une collaboration entre un grand nombre d'acteurs : décideurs, professionnels et citoyens, bien au-delà du secteur de la santé.

2.4 L'INQUIÉTUDE ET LE SENTIMENT D'IMPUISSANCE DES ACTEURS DE SANTÉ

Quand ils sont impliqués en prévention, ou plus largement dans une démarche visant à améliorer le bien-être/la santé, les acteurs –professionnels ou relais de santé au sein d'une communauté– peuvent avoir l'impression qu'une action en profondeur sur les déterminants du DT2M leur échappe, car elle implique de se ménager un spectre d'intervention large, multidisciplinaire et «multi niveaux» (de la décision à l'action).

Actifs dans l'accompagnement du DT2M, les professionnels et les groupes de patients, font le constat d'un dépistage et, dès lors d'une prise en charge, toujours trop tardifs. En aval de la problématique, ils sont confrontés à son étendue, à ses implications, voire aux complications liées à son évolution.

En amont ou en aval du DT2M, certains professionnels rencontrés lors d'entretiens exploratoires, expriment souvent une difficulté à travailler avec des publics qu'ils identifient comme culturellement différents, voire marginaux. Ils désignent par là des publics issus de la migration, avec une maîtrise du français qui peut-être faible, dont les habitudes alimentaires s'écartent des standards occidentaux, avec des «représentations et croyances également singulières, notamment à propos du poids, du corps, de la santé ou des soins... Face à ce qu'ils perçoivent comme des difficultés, pas nécessairement récentes, mais dont ils ont tendance à penser qu'elles se généralisent, nombreux

sont les professionnels qui ont développé ou rassemblé des outils, supports, pratiques ou méthodes spécifiques. Il s'agit par exemple de guides, adaptés aux habitudes alimentaires de publics issus de cultures diverses, ou tenant compte d'une maîtrise relative de la langue française, ou du langage écrit... Force est de constater que ces guides (parfois des travaux de fin d'étude) peuvent avoir tendance à donner une vision caricaturale («homogénéifiante») des publics et de leurs habitudes. On pourrait presque parler ici de «culturalisme». Pris par le temps et la carence de ressources (humaines, de formation ou d'intervision), gênés par l'absence (apparente ou réelle) d'outils ou de référentiels pour les utiliser, les professionnels de l'accompagnement du DT2M manquent souvent de recul critique à l'égard de tels supports. Nous espérons que ce cahier contribuera à leur conférer une autre grille de lecture des publics et modes de vie (alimentaires).

Que l'on soit dans une perspective de prévention ou d'accompagnement du DT2M, une approche s'appuyant sur les déterminants de la santé/du bien-être, de l'alimentation et du bien-vivre ensemble, constitue bien souvent un moyen de réduire ce sentiment d'impuissance à l'égard du DT2M. **Il s'agit avant tout d'ouvrir et d'élargir le regard, et dès lors d'enrichir les interventions en lien avec le DT2M, que ce lien soit moins ou plus immédiat (prévention/soin).**

2.5 RELIER LES PROBLÉMATIQUES, RELIER LES PUBLICS...

Notre regard qui se veut plus «inclusif», au départ de la question *a priori* «sanitaire» du DT2M, questionnera certainement des tendances au découpage et à la compartimentation :

- *compartimentation des problématiques de vie/humaines* : tendance à l'hyper responsabilisation (voire culpabilisation) individuelle, et tendance à isoler les individus de leurs environnements proches et sociétaux ;
- *compartimentation de l'une de ces problématiques humaines englobant la question du DT2M, à savoir la santé* : segmentation prévention/soins («care»/«cure»), déliaison entre les problèmes de santé tels que les maladies non transmissibles (MNT) et les problématiques socio-économiques qui pourtant les déterminent... ;
- et aussi *compartimentation des publics et des professionnels expérimentant ces problématiques de vie* : tendance à catégoriser et spécifier des publics selon leur rapport à une majorité (intégré/marginal ; d'ici/d'ailleurs, de langue maternelle française/de langue étrangère, etc.). Catégorisation dont les effets contre-productifs sont renforcés par l'utilisation rigide ou la généralisation de seuils (l'Indice de Masse Corporelle par exemple) élaborés en sciences de la santé. Tendance des professionnels et des dispositifs/structures à limiter leur champ/niveau d'intervention, et les liens avec d'autres champs pourtant complémentaires, probablement pour s'assurer un meilleur contrôle de leur activité et par manque de ressources (temps, culture et pratiques professionnelles). Tendance à séparer plutôt que joindre les expertises, en excluant généralement les publics du statut d'experts.

«La pensée complexe : il s'agit de distinguer ce qui est confondu et relier ce qui est séparé.» Edgar Morin

Or, on a montré combien le statut de «patient-expert» pouvait bénéficier au traitement et au mieux-être général. Par ailleurs, comme nous le rappelait une personne de l'Association belge du Diabète (ABD), le diabétique est *une personne avant d'être un patient*. Vu plus largement, certains acteurs de soins, plus loin le système de santé, peuvent avoir tendance à oublier l'essence humaine et l'individualité des patients, que la maladie amène en consultation.

On l'aura compris, ce Cahier Santé propose un «autre» regard sur le DT2M et sa prévention. Il mise sur l'émergence, à partir de ce point de vue complexifié, de finalités et méthodes enrichies pour œuvrer à la prévention de cette MNT «du siècle».

3. DÉMARCHE DE TRAVAIL

Le processus d'élaboration de ce Cahier Santé peut-être décrit en quatre axes complémentaires :

1. Analyse de la littérature, intérêt plus particulier pour le regard porté par les sciences sociales et les approches complexes de la santé (approche écologique ou éco-systémique de la santé).
2. Rencontres exploratoires avec une dizaine de professionnels mobilisés par une action sur le DT2M et/ou ses déterminants.
3. Présentation et analyse de recommandations et programmes-cadres relatifs à la prévention du diabète et la promotion de la santé.
4. Recherche, présentation et analyse de pratiques développées dans différents secteurs qui incident sur la santé au sens large.

Au-delà des processus, pour ce qui relève de la forme, nous avons veillé à la lisibilité et au caractère exploitable des informations par les professionnels de terrain et les acteurs de décision. L'équipe SIPES est par ailleurs à la disposition des personnes désireuses d'un complément d'information ou d'un accompagnement à la réflexion.

4. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA BROCHURE

Trois questions-clés peuvent illustrer l'esprit et le contenu de ce Cahier Santé, elles ont un lien avec le regard que l'on porte sur le diabète, sa prévention et les publics concernés. Chacune de ces questions fonde une partie du cahier :

1. Diabète de type 2 : quoi voir^[1] et qu'y voir ?

- DT2M, de quoi s'agit-il ?
- Dans quelle mesure peut-on étendre (adapter ?) le paradigme de santé publique pour développer une appréhension large du DT2M et de l'intervention («préventive») sur cette pathologie ?
- Quels sont les facteurs de risque et déterminants principaux du DT2M ?

→ Partie I. Le diabète : définitions, conséquences pour la santé, facteurs de risque et données épidémiologiques disponibles

2. Quand et comment voir le DT2M ?

- À partir de quand et comment intervenir sur le DT2M ?
- Comment agir «là où ça fait (le plus) mal» et en faveur du bien-être de tous ?

→ Partie II. La prévention du DT2M à la lumière de la promotion de la santé

3. Qui voir ?

- Comment apprécier la diversité des publics ?
- Comme professionnel de santé ou dans le cadre de démarches de santé, quel regard et quelle posture peuvent faciliter la prise en compte d'une diversité de publics ?
- Quels outils et dispositifs peuvent-ils être mobilisés pour promouvoir la santé et «prendre soin» de publics socialement et culturellement diversifiés ?

→ Partie III. Promotion de la santé et diversité : le pari de la complexité

[1] On se souviendra du fameux «kouavouar ?» entonné par les touristes visitant Paris dans «Zazie dans le métro» de R. Queneau.

I. LE DIABÈTE : DÉFINITIONS, CONSÉQUENCES POUR LA SANTÉ, FACTEURS DE RISQUE ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DISPONIBLES

I.1 DÉFINITIONS (OMS, 2011)

I.1.1 QU'EST-CE QUE LE DIABÈTE ?

Le diabète est une maladie chronique ou «maladie non transmissible» (MNT, voir infra), qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas d'insuline ou pas suffisamment d'insuline (Diabète de type 1), ou que l'organisme

n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit (Diabète de type 2). L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. L'hyperglycémie, ou concentration sanguine élevée de sucre, est un effet fréquent du diabète non contrôlé qui conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins.

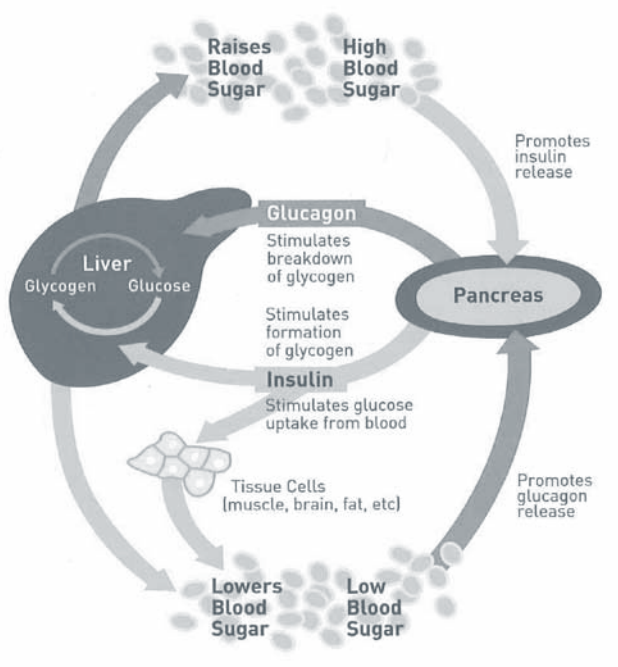


Fig.1 — Production et action de l'insuline
Source : IDF Diabetes Atlas, 2011

On parle également de «diabetes mellitus» ou diabète sucré. En grec ancien, le terme «diabète» était une combinaison de deux mots qui signifiaient «siphon» et «sucré». «Mellitus» signifie miel en latin. Ces termes étaient utilisés parce que l'on avait observé que certaines personnes produisaient de grandes quantités d'urines riches en glucose, qui attiraient les abeilles et les mouches.

I.1.2 DIABÈTE DE TYPE 1 - DT1

Le diabète de type 1 (précédemment connu sous le nom de diabète insulino-dépendant ou juvénile) ou *insulinoprive* est caractérisé par une production insuffisante ou nulle d'insuline et exige une administration quotidienne de cette dernière. La cause du diabète de type 1 n'est pas connue. Des hypothèses existent à ce sujet (voir facteurs de risque infra). En l'état des connaissances actuelles, il n'est pas évitable.

Les symptômes sont les suivants : excrétion excessive d'urine (polyurie), sensation de soif (polydipsie), faim constante, perte de poids, altération de la vision et fatigue. Ces symptômes peuvent apparaître brutalement. Les caractéristiques du diabète de type 1 en font, du point de vue médical, une «maladie tout à fait différente, à traiter différemment» (Buysschaert M., 2011).

I.1.3 DIABÈTE DE TYPE 2 - DT2M

Le diabète de type 2 (auparavant appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité) ou *insulino-résistant*, résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Le diabète de type 2 représente environ 90 % (selon les sources, cette proportion varie de 85 à 95 %) des diabètes rencontrés dans le monde. Il est en

grande partie le résultat d'une surcharge pondérale et de la sédentarité (l'urbanisation renforce par exemple la restriction de l'activité physique).

Ses symptômes peuvent être les mêmes que ceux du diabète de type 1 mais sont souvent moins marqués. De ce fait, la maladie peut être diagnostiquée plusieurs années après son apparition, une fois les complications déjà présentes. Récemment encore, ce type de diabète n'était observé que chez l'adulte mais on le trouve désormais aussi chez le jeune adulte et l'adolescent.

I.1.4 DIABÈTE GESTATIONNEL

Le diabète gestationnel est une hyperglycémie apparue ou décelée pour la première fois pendant la grossesse. Les symptômes du diabète gestationnel sont les mêmes que ceux du diabète de type 2. Il est très souvent diagnostiqué au cours du dépistage prénatal et non pas suite à des symptômes. Le diabète gestationnel peut augmenter la susceptibilité de développer un DT2M ultérieurement, tant chez la mère que l'enfant (voir infra).

I.1.5 L'ALTÉRATION DE LA TOLÉRANCE AU GLUCOSE ET DE LA GLYCÉMIE À JEUN

L'altération de la tolérance au glucose et de la glycémie à jeun sont des affections intermédiaires qui font la transition entre «normalité» et diabète. Les personnes qui en sont atteintes sont exposées à un risque élevé d'évolution vers un diabète de type 2, même si ce dernier est évitable, moyennant une attention à l'alimentation et l'activité physique.

I.1.6 QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES HABITUELLES DU DIABÈTE ?

Avec le temps, le diabète peut endommager le cœur, les vaisseaux sanguins, les yeux, les reins et les nerfs.

- Le diabète augmente le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral. 50 % des diabétiques meurent d'une maladie cardio-vasculaire (principalement *cardiopathie et accident vasculaire cérébral*).
- Associée à une diminution du débit sanguin, la neuropathie qui touche les pieds augmente la probabilité d'apparition d'*ulcères des pieds* et, au bout du compte, d'*amputation des membres*.
- La *rétinopathie diabétique* est une cause importante de cécité et survient par suite des lésions des petits vaisseaux sanguins de la rétine qui s'accumulent avec le temps. Au bout de 15 ans de diabète, près de 2 % des sujets deviennent aveugles et environ 10 % présentent des atteintes visuelles graves.
- Le diabète figure parmi les principales causes d'insuffisance rénale. 10 à 20 % des diabétiques meurent d'une *insuffisance rénale*.
- La *neuropathie diabétique* fait suite aux lésions nerveuses dues au diabète et touche jusqu'à 50 % des diabétiques. Bien que de nombreux problèmes différents puissent résulter d'une neuropathie diabétique, les symptômes courants sont les suivants : fourmillement, douleur, engourdissement ou faiblesse au niveau des pieds et des mains.
- Le risque général de décès chez les diabétiques est au minimum deux fois plus important que chez les personnes qui n'ont pas de diabète.

À ces conséquences sur la santé physique/biologique, il faut également ajouter une possible exposition de la personne diabétique à un sentiment de *perte d'intégrité psychosociale* et une *atteinte à l'estime de soi*.

Des sentiments qui peuvent être renforcés par les *discriminations* dont font encore l'objet les personnes diabétiques dans le champ de l'insertion professionnelle, de la part des organismes-assureurs, etc. Les missions de l'Association Belge du Diabète (ADB) incluent d'ailleurs «la défense des droits légitimes des personnes diabétiques»^[2]. L'affiliation à l'ABD donne accès à une assurance en protection juridique.

[2] Voir le site de l'ABD : <http://www.diabete-abd.be/>

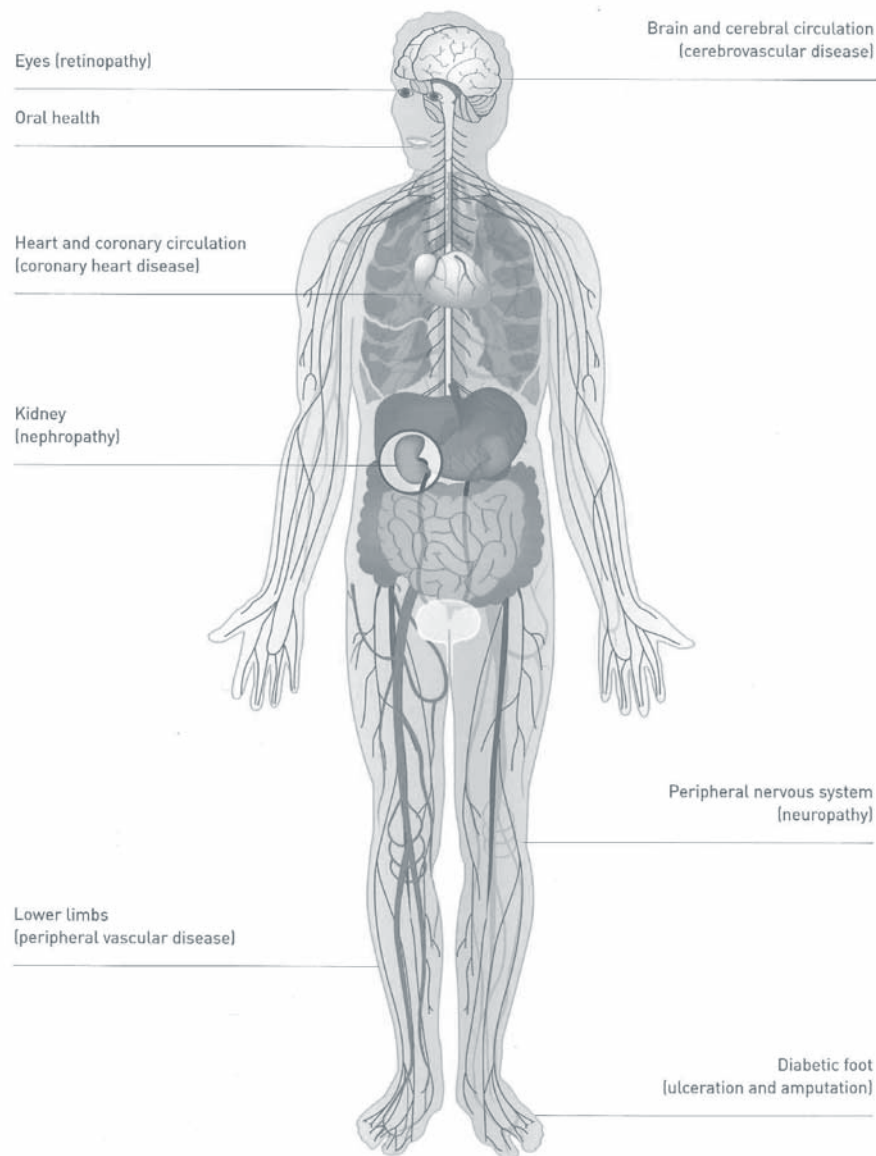


Fig.2 —
Les complications
majeures du diabète

Source : IDF Diabetes Atlas,
2011

D'autres liens peuvent être établis entre *diabète et santé mentale*, et plus spécifiquement à travers la question du *stress*. Comme toute maladie chronique nécessitant un traitement quotidien, le DT2M peut être source de stress et de mobilisation de l'énergie individuelle dans des processus d'adaptation au stress. Le premier stress étant constitué par l'annonce (et l'acceptation) du traitement. De même, des épisodes tels que les hypo- ou hyper-glycémies constituent également des sources de stress particulières. Par ailleurs l'auto-contrôle de la glycémie en vient à rythmer, à intervalle régulier, le quotidien de bon nombre de diabétiques, leur rappelant, si besoin en était, un état de santé à surveiller^[3]...

1.1.7 DIABÈTE ET MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Comme leur nom l'indique, les maladies non transmissibles ou maladies chroniques sont, d'après l'OMS : «des maladies de longue durée d'évolution généralement lente. Les quatre principaux types de MNT sont :

- les maladies cardio-vasculaires ;
- les cancers ;
- les maladies respiratoires chroniques ;
- et le diabète.»

[3] Voir http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/effet.html

Toujours d'après l'OMS, «les [...] MNT sont de loin la principale cause de décès dans le monde, représentant plus de 63 % de la totalité des décès annuels. Chaque année, 36 millions de décès sont imputés à ces maladies. Près de 80 % d'entre eux surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen.».

Le diabète (tous types confondus) toucherait 366 millions de personnes dans le monde, soit environ 8 % de la population adulte mondiale. Selon la Fédération Internationale du Diabète, le diabète est la quatrième des cinq principales causes de mortalité dans la plupart des pays à haut revenu (International Diabetes Federation, 2011).

De nombreuses communications et publications d'instances internationales (OMS, Fédération Internationale du Diabète), de même que les discours de professionnels de la santé, insistent sur le caractère *évitable* du diabète de type 2 et d'autres MNT. Avec une perspective (étroite) de prévention individuelle, cela peut alimenter, dans le grand public et les médias, l'idée que les personnes souffrant du DT2M auraient pu éviter l'affection... Sous-entendu, en développant par exemple des comportements alimentaires «plus adéquats».

Rappelons également ici qu'un trait caractéristique des disciplines basées sur une approche positiviste et expérimentale (essai/erreur, «evidence based»), est qu'elles peuvent avoir tendance à donner une vision «absolue» de la réalité humaine. Cette tendance se révèle particulièrement contre-efficace lorsqu'il est question des conduites humaines. Qu'en est-il en effet de la complexité qui caractérise ces conduites en tant que réponses à un environnement complexe ? Une furieuse tendance à l'établissement linéaire de relations de cause à effet vient trop rapidement gommer cette complexité pour forcément finir par proposer des «remèdes» simplistes à différentes problématiques de santé telles que surpoids, obésité, diabète, non-recours au dépistage, etc.

Nous nous attacherons particulièrement à montrer ici que **le caractère «évitable» du DT2M (et d'autres MNT) peut aussi et surtout se traduire dans l'action collective et politique sur la mise en œuvre de conditions environnementales favorables au bien-être**. Nous vérifierons, d'une part, que de telles conditions sont très variées et débordent largement le champ sanitaire et médical, et d'autre part, que l'individu pris isolément a finalement peu de marge de manœuvre dans l'action directe sur ces conditions et déterminants environnementaux.

I.2 FACTEURS DE RISQUE

DIABÈTE DE TYPE 1

- **Hérédité** : lorsqu'un proche parent (1er degré, père, mère, frère/soeur) est atteint du DT1, le risque pour une personne de le développer oscille entre 5 % et 10 %. Chez des jumeaux monozygotes, lorsque l'un des deux est atteint, l'autre développe la maladie dans 30 à 50 % des cas.
- **Lieu d'habitation** : des études indiquent que le DT1 est plus fréquent parmi les populations qui vivent à distance de l'Équateur. Ainsi en Finlande, la maladie est plus fréquente. On attribue ce phénomène à un apport insuffisant en vitamine D, dont la fabrication dépend de l'exposition au soleil.
- **Lien hypothétique avec l'introduction précoce du lait de vache** chez le nourrisson (avant 12 mois). Le DT1 est plus rare chez les individus ayant été allaités.
- **Lien hypothétique avec l'introduction hâtive des céréales** dans l'alimentation des nourrissons (avant 4 mois).
- **Lien hypothétique avec une infection virale** au virus Epstein-Barr, au virus Coxsackie ou au cytomégalovirus, qui pourrait déclencher une réaction auto-immune contre le pancréas.

DIABÈTE DE TYPE 2

Médecine et épidémiologie recensent des facteurs de risque «modifiables» et «non modifiables».

I.2.1 FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS «MODIFIABLES» DU DT2M

- **Profil lipidique** : «la dyslipidémie» soit une anomalie des taux de lipides sanguins. Dans le cas du DT2M, les triglycérides sont plus particulièrement en cause.
- **Pression artérielle** : l'hypertension.
- **Alimentation trop calorique et ses conséquences** : le surpoids et l'obésité constituent des facteurs de risque, tout particulièrement lorsque la masse adipeuse se concentre dans l'abdomen plutôt que sur les hanches et les cuisses. En effet, le gras logé dans les organes de l'abdomen (surtout le foie) est celui qui nuit le plus à la fonction de l'insuline.
- **Syndrome métabolique** : c'est-à-dire la présence d'au moins 3 des facteurs suivants : obésité abdominale ; taux élevé de triglycérides sanguins ; faible taux de HDL sanguin («bon cholestérol») ; hypertension artérielle ; glycémie élevée à jeun. Les personnes présentant un syndrome métabolique multiplieraient par 10 leur risque de développer un diabète de type 2.
- **Tabagisme** : des enquêtes (dont la «WomenHealthStudy», aux États-Unis) ont montré, dès 2001, une augmentation du risque de développer un DT2M chez les fumeurs actifs. La consommation de tabac contribuant à renforcer la résistance à l'insuline. D'un autre côté, la prise de poids que peut entraîner le sevrage nicotinique (agit sur le métabolisme, la thermogénèse et diminue l'attrait pour la nourriture), augmente le risque de développer un DT2M.
- **Sédentarité** : c'est-à-dire le manque d'activité physique qui peut avoir pour conséquence le surpoids ou l'obésité (voir supra).

«Alimentation» et «sédentarité» sont pointées comme déterminants particulièrement importants puisqu'elles entretiennent un lien «de cause à effet» avec les quatre premiers facteurs de risque.

IMC : INTÉRÊT ET LIMITE DE L'OUTIL

Pour établir le surpoids et l'obésité, on recourt habituellement à l'*Indice de Masse corporelle (IMC)* c'est-à-dire le rapport poids/taille. Selon les critères de l'OMS, le résultat de ce rapport doit être inférieur ou égal à 25. À partir de 25 et plus, on parle de «surpoids» et au-delà de 30 kg/m², d'«obésité». Cet instrument de mesure de la corpulence d'un individu est un indicateur et non une mesure absolue. Les seuils indiqués par l'OMS doivent en effet être adaptés selon l'âge, le sexe et l'origine ethnique également. Si leurs valeurs peuvent varier selon les sources, des seuils de mesure de l'obésité sont également établis d'après la mesure du tour de taille. Ces seuils varient selon le sexe et le groupe ethnique. Enfin, chez l'enfant, les valeurs de référence de l'indice de masse corporelle varient en fonction de l'âge et du sexe. Ainsi, il n'est pas possible de se reporter, comme chez l'adulte, à une référence unique de l'IMC. Des courbes de référence, représentant pour chaque sexe, les valeurs d'IMC en fonction de l'âge, permettent de suivre l'évolution de la corpulence au cours de la croissance. On sera notamment attentif ici à l'âge de survenue du «rebond d'obésité», plus celui-ci est précoce (avant 6 ans), plus l'enfant serait à *risque* d'obésité.

I.2.2 FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS «NON MODIFIABLES» DU DT2M

- **Age** : le DT2M touche surtout les adultes après 40 ans et sa prévalence augmente avec l'âge.
- **Sexe** : pour les femmes, avoir souffert de diabète gestationnel ou avoir donné naissance à un bébé pesant plus de 4kg.
- **Origine ethnique** : des facteurs génétiques combinés aux modes de vie (occidentalisation, voir infra) sont aujourd'hui avancés pour expliquer une plus forte prévalence du DT2M parmi les populations africaines (Maghreb inclus), latino-américaines, asiatiques et autochtones d'Amérique du Nord. Cet inventaire de populations plus «à risque» établi par les chercheurs américains frappe en quelque sorte par sa diversité. La question à se poser est qui –hormis les caucasiens «purs»– échappe au risque de DT2M ? L'importance des variations constatées entre différents groupes ethniques évoluant dans des environnements similaires semble pourtant valider, aux yeux de nombreux professionnels,

l'hypothèse d'une *prédisposition génétique*. En plus du constat paradoxal que nous faisons à l'égard de l'inventaire des populations «à risque», cette hypothèse d'une prédisposition biologique est l'objet de critiques. Elle est trop souvent invoquée pour expliquer la plus grande fragilité de certains groupes de population face à une maladie comme le DT2M, ou vis-à-vis de l'obésité, facteur de risque majeur du diabète «gras». À propos de l'obésité par exemple, un groupe de travail international (PHAPO-IOFT) doute que l'approche génétique puisse expliquer des changements aussi brutaux dans les chiffres de prévalence mondiale de l'obésité (Kumanyika S., Jeffery R. W., Morabia A. et al., 2002). Une trop grande attention aux facteurs génétiques, dans la catégorie «non modifiables» peut empêcher ou affaiblir l'investissement (recherches, ressources politiques et financières) dans les *facteurs sociaux*. Elle peut de surcroît fonder une attitude fataliste («c'est dans les gènes, on ne peut pas y faire grand-chose»), ou au contraire interventionniste de mauvais aloi, vis-à-vis de certains groupes de population (à cibler prioritairement car soi-disant «génétiquement à risque»). Dans les deux cas, on peut parler de deux effets contre-productifs assez courants et à combattre dans la lecture médicale (médecine préventive incluse) directement inspirée de constats épidémiologiques, à savoir :

- la stigmatisation des publics ;
 - l'absence de prise en compte du regard sociologique (la société est davantage qu'une addition d'individus décontextualisés).
- **Hérédité** : le fait d'avoir un parent du premier degré atteint du diabète (mère, père, frère/sœur). On estime que le risque de développer le DT2M est d'environ 30 % si l'on a un parent diabétique, et de 70 % si les deux parents sont diabétiques.

1.3 DT2M : DE LA «COLLECTIVISATION» DU RISQUE AUX INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

À côté de la lecture biomédicale individuelle, axée sur le corps (malade) et ses symptômes, on peut établir des liens entre DT2M et *facteurs liés à l'environnement* ou aux *conditions socio-économiques*. Ces dernières sont notamment sous-tendues par le *niveau d'instruction*, et donc l'accès à l'instruction.

- **Lien hypothétique avec la pollution atmosphérique** : des études américaines et allemandes publiées récemment (2010) «confirment une relation statistique très nette entre la pollution atmosphérique et le risque de développer un DT2M. Les enquêteurs allemands par exemple démontrent mathématiquement que le fait de vivre à 100 mètres d'une route où passent plus de 10.000 voitures par jour, double le risque de devenir diabétique» (Daubresse J.-C. (Éd), 2011)

DE L'IMPORTANCE DE LA CONTEXTUALISATION DES DONNÉES

De manière générale, il faut remettre une donnée de mesure poids/taille «en contexte» avant d'en tirer des conclusions pour un individu et *a fortiori* pour un ensemble d'individus (d'une famille, d'une communauté) ou pour une population. Contextualiser, c'est par exemple mettre la lecture des données poids/taille en perspective avec une lecture des contextes social, culturel, mais également une lecture plus diachronique qui tienne compte de la trajectoire d'une personne ou d'une communauté. Dans le cas de l'enfant et en s'intéressant au contexte familial par exemple, on pourra sans doute être attentif aux antécédents familiaux de surpoids/d'obésité ou de DT2M. Il sera tout aussi crucial d'envisager le rôle de l'éducation dans la construction des conduites alimentaires ; on pensera particulièrement à l'usage de la nourriture comme «récompense» ou pour soulager l'anxiété de l'enfant (et du parent !). Les «phobies alimentaires» ou les «préférences alimentaires» évoluent également dans le temps et selon les contextes (fête, crise économique, adolescence, école, etc.) (Pelican J., Doumont, D., 2005).

Qu'il s'agisse de prévenir ou d'accompagner le surpoids, cette mise en perspective constante peut garantir la qualité des actions : attitudes de relativisation (et non banalisation) à l'égard de l'IMC de la personne pour lui permettre d'envisager sereinement la question, prise en compte de son «unicité», seuils de référence à envisager comme des repères et non des finalités absolues, intérêt pour la famille et son histoire (approche systémique) afin de mieux comprendre la «problématique» et le fonctionnement de la personne et d'y adapter la proposition d'accompagnement, etc.

- **Impact des conditions socio-économiques :** s'il est difficile d'établir ici aussi un lien direct, *a fortiori* «causal», une étude australienne a montré une plus forte prévalence de l'obésité et du DT2M chez les personnes moins instruites, avec les revenus les moins élevés (Daubresse J.-C. (Éd), 2011). Cette prévalence est à relier à d'autres constats établis en matière d'alimentation, d'activité physique et de tabagisme, mais aussi sur le plan environnemental (cf. supra). En effet, ce sont également les personnes les plus socio-économiquement fragilisées qui habitent dans les zones les plus polluées, où les logements sont financièrement plus accessibles.

Médecine (préventive) et épidémiologie peinent à reconnaître l'importance et le caractère *modifiable* des conditions socio-économiques, sans doute parce qu'elles n'impliquent que très peu la responsabilité individuelle et l'acte de soin individuel. L'OMS reconnaît pourtant l'existence de ce mécanisme transversal à travers la notion de *gradient social*. Celle-ci fonde la réflexion et l'action, aujourd'hui particulièrement actives, sur les *inégalités sociales de santé (ISS)* ou *inégalités sanitaires*. À travers les concepts de *conditions de vie* et *milieux de vie favorables/supportifs*, la promotion de la santé inclut ontologiquement la velléité d'agir sur les conditions socio-économiques et leurs déterminants (les «causes des causes», comme dit Alexander McQueen). Ce qui doit avoir pour effet la réduction des ISS et, plus positivement, l'amélioration de l'accès à la santé, pour le plus grand nombre d'individus et de communautés. Nous y reviendrons dans la seconde partie de ce Cahier Santé (Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012).

Ce qu'il faut tout spécialement retenir à propos des déterminants du DT2M et de cette MNT est qu'ils revêtent un caractère pluridimensionnel, que peuvent notamment traduire les duos complémentaires suivants :

- Biologique/psychique : vivre avec le diabète a des implications sur le soin et le bien-être du corps, mais aussi sur le soin et le bien-être psychique.
- Environnemental/comportemental : les déterminants du diabète et les modalités de soin (au sens large du terme) sont à trouver dans les différents environnements (du plus micro au plus macro) des publics d'une part, et doivent envisager la question des modes de vie en interaction avec l'/les environnement(s) d'autre part.
- Personnel/social : si chaque personne doit être envisagée dans son individualité, sa santé (et le diabète) doit être lue en remettant la personne en perspective avec son contexte de vie familial, social, la société plus large dans laquelle cette personne évolue.
- Médical/social : le diabète est certes une pathologie caractérisée par des symptômes, avec des facteurs de risque (dont certains partagés avec les cancers ou les maladies cardio-vasculaires), il implique un traitement... Il peut également être lu comme la résultante d'adaptations sociales/sociétales dans un lieu et un temps donnés.

Loin d'être figée, cette identité pluridimensionnelle doit être relativisée, elle évolue sans cesse, comme évoluent les connaissances et les pratiques en santé.

Cette mouvance des connaissances et des problématiques se ressent sans doute moins du côté d'une instance internationale telle que l'OMS. Nous reprenons cependant ci-après le cadre définitionnel proposé par l'OMS à propos des ISS et des manières de les réduire. Il faudra par endroit relativiser le caractère figé et l'apparente exhaustivité des affirmations. L'enjeu est aussi pour l'OMS d'appuyer son action par des plaidoyers propres à interpeller les états et gouvernements. Les écrits se doivent de revêtir une sorte de «catégorisme» propre à frapper les esprits.

«L'égalité c'est la santé», le titre de l'ouvrage de Wilkinson synthétise parfaitement le mécanisme d'inégalité (sociale) de santé, à l'œuvre de manière universelle et explicité ci-après par l'OMS (Wilkinson R., 2010). «Épidémiologiste, Richard Wilkinson (y) expose [...] les travaux historiques, sociologiques et anthropologiques qui permettent d'établir de façon rigoureuse les relations de causalité entre les rapports de domination et la dégradation de la santé. Non seulement les inégalités sociales sont préjudiciables à la santé des personnes défavorisées, mais elles entraînent une dégradation de la santé de toutes les classes – et cela dans tous les pays ayant atteint un certain niveau de développement. La solidarité profite aux pauvres quand la coopération l'emporte sur la compétition (nous soulignons), mais elle profite également aux catégories plus aisées, qui se portent mieux quand l'éventail des disparités est réduit. Racisme, xénophobie et sexisme, parmi les plus flagrants facteurs d'inégalités (nous soulignons), sont eux aussi associés aux injustices sanitaires, à la fois conséquences et causes des inégalités dans la société [...]»^[4].

[4] Voir cette présentation sur : <http://www.monde-diplomatique.fr/2010/04/SALOMON/19062>



QU'ENTEND-ON PAR INÉGALITÉS SANITAIRES^[5] ?

Les inégalités sanitaires sont les causes inévitables et évitables de problèmes de santé face auxquelles les populations, à l'intérieur d'un pays ou de différents pays, ne sont pas sur un pied d'égalité. Ces inégalités sanitaires sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général dans une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient [...].

QU'ENTEND-ON PAR GRADIENT SOCIAL ?

Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social (de santé) concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun^[6] [...].

QU'ENTEND-ON PAR « DÉTERMINANTS » SOCIAUX DE LA SANTÉ ?

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique.

QUELLES SONT LES CAUSES DES INÉGALITÉS SANITAIRES ?

Le contexte mondial, qui a une incidence sur les relations internationales et les normes et politiques nationales, influe sur le sort des sociétés. En outre, les relations internationales et les politiques nationales déterminent l'organisation de la société aux niveaux national et local et donnent ainsi naissance aux statuts sociaux et à une hiérarchie, en vertu desquels les populations s'organisent selon le niveau de revenu et d'instruction, l'emploi, le sexe, l'origine ethnique et d'autres facteurs. La place des individus dans l'échelle sociale influe sur les conditions dans lesquelles ils grandissent, apprennent, vivent, travaillent et vieillissent et sur leur vulnérabilité face à la maladie et ses conséquences.

Les bienfaits de la croissance économique de ces 25 dernières années sont inégalement répartis. En 1980, les 10 % les plus riches de la population mondiale représentaient un produit national brut 60 fois supérieur à celui des 10 % les plus pauvres. En 2005, ce rapport était de 122.

[...] en 25 ans, on constate un accroissement de ces inégalités, à lier avec la répartition toujours plus inéquitable des ressources.

L'inégalité des sexes en termes de pouvoir, de ressources, de droits, de normes et de valeurs, de structuration des organisations et d'exécution des programmes a un effet néfaste sur la santé de millions de femmes et de jeunes filles^[7].

En outre, le statut social des femmes a également une influence sur la santé et la survie des enfants – garçons ou filles.

Dans les années 80, le médecin britannique David Barker a constaté un lien entre le taux de mortalité particulièrement élevé des nouveau-nés d'une région pauvre de l'Inde, au début du 20^{ème} siècle, et une forte incidence de maladies cardiaques dans cette même zone des décennies plus tard. Si la mortalité néonatale est bien signe de pauvreté, les cardiopathies sont plutôt présentes dans les sociétés d'abondance... Ce constat a amené David Barker à élargir la recherche des causes de cardiopathies au-delà de la question des modes de vie. Progressivement, la preuve a été faite d'un lien de cause à effet entre dénutrition fœtale et vulnérabilité aux maladies comme les cardiopathies, le cancer, le diabète et l'obésité. Il n'est donc pas question ici d'incriminer les modes de vie individuels, mais bien les conditions de vie et plus particulièrement encore, les *conditions de maternité...* (nous précisons)^[8]. *Source FAO*

Pour qu'il y ait équité en santé, il faut avant tout que les individus soient en mesure de contester et de combattre les injustices et les fortes disparités dans la répartition des ressources sociales auxquelles chacun a légitimement droit. Les inégalités de pouvoir se manifestent dans quatre grands domaines – politique, économique, social et culturel – qui forment un ensemble dans lequel les individus sont, à des degrés divers, admis ou non.

EN QUOI CONSISTE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES ?

Tous les aspects de la politique gouvernementale et de l'économie, par exemple les finances, l'éducation, le logement, l'emploi, les transports et la politique sanitaire notamment, peuvent influencer sur la santé et l'équité sanitaire. Si la santé n'est pas l'axe principal des politiques dans ces secteurs, celles-ci ont une forte incidence sur la santé et l'équité sanitaire.

Les politiques des différents ministères doivent absolument être cohérentes, se compléter et ne pas être contradictoires en ce qui concerne l'équité en santé. Ainsi, une politique commerciale encourageant explicitement la production, la commercialisation et la consommation d'aliments riches en graisses et en sucres au détriment de la production de fruits et légumes est contraire à une politique en faveur de la santé (nous soulignons).

[5] Voir http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_fr.pdf

[6] Ou plutôt, les inégalités sont présentes dans toute population.

[7] On comprendra bien entendu ici que le « problème » n'est pas d'appartenir au genre féminin, mais bien de jouir, en tant que femme, d'une moins bonne position sociale, d'un moindre accès aux ressources y compris sanitaires.

[8] Voir <http://www.fao.org/worldfoodsummit/french/newsroom/focus/focus3.htm>

L'obésité, qui est déjà un véritable problème de santé publique dans les pays à revenu élevé, touche maintenant les pays en transition. La prévention de l'obésité repose sur plusieurs éléments: disponibilité durable de denrées alimentaires nutritives en quantité suffisante, environnement permettant de consommer facilement des aliments sains, pratique d'exercice physique et environnement familial, éducatif et professionnel encourageant les modes de vie sains. La plupart de ces éléments ne relèvent ni des compétences ni des responsabilités du secteur

de la santé. Des progrès ont été faits – on a par exemple interdit la publicité pour les aliments riches en graisses, en sucre et en sel pendant les émissions de télévision destinées aux enfants. Un défi important reste toutefois à relever : il faut mobiliser d'autres secteurs que celui de la santé (commerce, agriculture, emploi et éducation, par exemple) si l'on veut endiguer l'épidémie mondiale d'obésité (nous soulignons).

Source OMS



À l'instar de ce qu'énonce l'OMS, intervenir sur ce gradient social, à l'œuvre dans la plupart des grands «enjeux» de santé publique, dont les MNT constituent une part significative, cela nécessite précisément d'interroger plus largement les conditions de vie et déterminants de la santé, et de désigner des lieux et niveaux d'intervention plus collectifs et structurels sur la santé. Ce constat n'est pas récent. Au 19^{ème} siècle déjà, Rudolph Virchow, médecin et homme politique allemand affirmait l'intérêt de l'action sociale pour améliorer la santé collective. Selon lui, la médecine était une science sociale et la politique une manière de pratiquer la médecine, de soigner la population, à plus large échelle (niveau macro).

Ce Cahier Santé propose d'envisager plus spécifiquement les déterminants micro- et macro-sociaux du diabète de type 2, ainsi que leurs implications sur les démarches de prévention, de promotion de la santé, voire les démarches de soin en lien avec cette affection. Ci-après, les chiffres portant sur le diabète et l'un des principaux facteurs de risque du diabète de type 2, l'obésité, doivent préalablement donner l'étendue de la problématique et d'ores et déjà y situer l'importance des déterminants socio-économiques, de même que l'existence d'un gradient social de santé.

I.4 ÉLÉMENTS D'ÉPIDÉMIOLOGIE RELATIFS AU DIABÈTE

I.4.1 TYPES ET ORIGINES DES DONNÉES QUANTITATIVES RELATIVES AU DIABÈTE

En Belgique, des données relatives au diabète peuvent être trouvées dans plusieurs sources que nous présentons brièvement ci-après.

SOURCES GÉNÉRALISTES

L'enquête nationale de santé par interview : elle est menée depuis 1997 par l'Institut Scientifique de Santé Publique et la Direction Générale Statistique et Information Économique du Gouvernement fédéral (DGSIE). Elle constitue l'une des principales sources d'information sur l'état de santé de la population. Elle aborde notamment la question des maladies chroniques^[9].

Les bulletins statistiques de naissance et de décès : avec pour objectif l'établissement des statistiques vitales de la population belge, ils sont gérés par la DGSIE. À Bruxelles, c'est l'Observatoire bruxellois de la Santé et du Social qui est chargé de leur traitement. Ces données fournissent notamment des indications sur les causes de décès, parmi lesquelles apparaît le diabète.

Sous l'autorité du Ministre des Affaires sociales, l'**Institut National d'Assurance Maladie-invalidité (INAMI)** dispose de banque de données administratives relatives :

- au nombre et aux activités des dispensateurs de soins ;

[9] Cette enquête est analysée par l'ISSP et les résultats sont disponibles sur le site <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifr/crospfr/hisfr/table04.htm>

- au nombre de personnes qui utilisent des soins déterminés, lorsqu'ils font l'objet d'une intervention de l'assurance maladie.

Par ailleurs, l'**Agence Intermutualiste (AIM)** fondée par les unions nationales des organismes assureurs (OA's) rassemble et analyse les données portant sur les remboursements de frais médicaux des usagers, l'incapacité de travail, l'invalidité, et les indemnités pour cause de maternité... L'AIM assure notamment la gestion technique et fonctionnelle de l'**Échantillon permanent de soins de santé (EP)**. Celui-ci permet d'étudier la consommation et les dépenses de soins en Belgique.

Les données de l'INAMI et de l'AIM permettent d'estimer ce que représente le diabète dans l'ensemble des soins de santé dispensés (sans cependant tenir compte des personnes malades qui n'ont pas consommé de soins ou n'ont pas bénéficié de soins remboursés). Plus loin, celles-ci permettent d'évaluer l'impact budgétaire du diabète sur les dépenses en soins de santé, que ces dépenses concernent le traitement du diabète ou la prévention secondaire et le suivi de ses complications.

SOURCES SPÉCIALISÉES

Depuis 1989, il existe un **Registre belge du diabète**. Il a pour finalité de favoriser la prévention et le dépistage précoce du diabète. Comme d'autres registres du diabète dans le monde, il s'est développé dans le cadre d'initiatives internationales telles qu'Eurodiab (Europe) ou Deri (États-Unis). Il a l'ambition d'organiser de façon standardisée la collecte de données sur le nombre d'enfants diabétiques et de suivre l'épidémiologie du diabète survenant avant 40 ans.

Le Registre Belge du Diabète ou BDR (asbl) s'appuie un réseau national de diabétologues, pédiatres et chercheurs actifs dans les universités belges et la plupart des centres de diabète conventionnés non universitaires. Aujourd'hui, il peut compter sur plus de 200 cliniciens, chercheurs et paramédicaux, issus d'une centaine d'institutions différentes. Le BDR collecte des données des patients diabétiques et leurs apparentés en dessous de 40 ans de façon systématique et strictement confidentielle. Il se centre essentiellement sur l'enregistrement des cas de diabète de type 1.

Enfin, depuis 2000 et tous les trois ans, la **Fédération Internationale du diabète (FID)** publie un «Atlas des diabètes» qui permet, en agrégeant les données de nombreuses sources nationales, de prendre la mesure de l'expansion de l'affection chronique au niveau mondial, et pour 216 pays ou territoires. L'atlas de la FID constitue un outil de référence incontournable pour les professionnels de santé, les scientifiques, les économistes, les décideurs et les agences nationales ou internationales mobilisés par le diabète ou la santé en général.

L'initiative de l'Atlas fait suite à l'adoption en 2000 d'une «*Stratégie globale pour la Prévention et le Contrôle des maladies non transmissibles*», par l'Assemblée Mondiale de la Santé. Cette stratégie identifiait trois composantes importantes pour toute initiative globale ou nationale à l'égard du diabète :

1. la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs causes/déterminants ;
2. la prévention des MNT par la réduction des facteurs de risque ;
3. l'amélioration des soins de santé pour les personnes atteintes d'une MNT.

Les données recensées par la FID incluent (estimation actuelle et à 20 ans) :

- la proportion de personnes présentant un diabète ou une tolérance altérée au glucose (TAG), dans une population, à un moment donné ou une période particulière (prévalence) ;
- le nombre de décès attribuables au diabète (mortalité) ;
- le montant des dépenses consacrées aux soins dans le domaine du diabète.

Ces données se spécifient en fonction de deux classes d'âge :

- diabète de type 1 chez les 0 à 14 ans ;
- diabètes et TAG chez les 20-79 ans.

Ce Cahier Santé se centrera généralement sur les données relatives au DT2M et prendra comme source de référence principale, l'Atlas mondial du diabète. Pour la Belgique et la partie francophone du pays, nous compléterons cet aperçu par les données de l'ISSP, et celles des Observatoires wallon et bruxellois.

I.4.2 LE DIABÈTE : ÉPIDÉMIE MONDIALE, «TSUNAMI SANITAIRE» (FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU DIABÈTE)

GÉOGRAPHIE DU DT2M

Selon Le «Diabetes Atlas»/«Atlas du diabète», le DT2M est l'une des MNT les plus répandues et l'une des premières causes de mortalité dans la plupart des pays à haut revenu. On évalue à 366 millions de personnes, soit environ 8 % de la population adulte mondiale, le nombre d'individus atteints du diabète. On estime que ce nombre passera à 522 millions sur l'ensemble de la population adulte mondiale d'ici 2030. Dans l'Atlas 2011 de la FID, cette estimation est plus élevée que dans les précédentes éditions. Un tel réajustement est dû notamment à l'introduction de nouvelles sources de données par la Chine, le Moyen-Orient et l'Afrique. De manière générale, on peut aussi imputer cette hausse prévisionnelle aux effets combinés du vieillissement et de l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale (durée de vie augmentée). Parmi les différents types de diabètes, le DT2M représente 85 à 95 % de l'ensemble des diabètes dans les pays à hauts revenus. En lien avec une sous-estimation statistique, le pourcentage du nombre de personnes diabétiques serait encore plus élevé dans les pays à revenu bas ou moyen. Il est de plus en plus évident que le diabète prend la forme d'une «épidémie» dans de nombreux pays moins développés et nouvellement industrialisés.

LE DT2M, PAS UN TSUNAMI POUR TOUT LE MONDE !

Le journal Le Monde du 10 février 2012 fait état d'une croissance de 12 % de la division Diabète d'une grande firme pharmaceutique en 2011. Le dernier trimestre a été un record de ventes d'insuline : ces ventes ont dépassé pour la première fois le milliard d'euros de chiffre d'affaires.

Une présence sous-estimée dans les pays moins développés

La majorité des personnes présentant un diabète (tous types confondus) vivent dans les régions économiquement moins développées. Même dans les régions présentant la prévalence la plus basse (Afrique), en 2010 et sur l'ensemble des décès, on évaluait à 330.000 le nombre de décès attribuables au diabète. Or, c'est aussi dans ces régions que les ressources de santé et les budgets qui lui sont alloués sont les plus faibles, *a fortiori* pour des MNT telles que le diabète. En Afrique^[10] par exemple, les maladies transmissibles comme le Sida constituent jusqu'ici la priorité des programmes d'envergure nationale ou régionale soutenus par les bailleurs de fonds internationaux.

Un élément important à prendre en considération est le *caractère invisible* (cf. supra) de la maladie. Contrairement au diabète de type 1, le diabète de type 2 est peu symptomatique dans les premières années de son développement. Quand des symptômes sont présents, ils sont rarement mis en relation avec le diabète. La plupart du temps le DT2M est donc dépisté tardivement, à l'occasion d'une prise de sang et/ou à travers la manifestation d'une complication entraînée par un taux de sucre trop élevé dans le sang. C'est pour cette raison que l'une des recommandations de la Fédération Mondiale du Diabète relayée par les acteurs mobilisés, porte sur la nécessité d'améliorer la formation continue et le soutien des professionnels de santé afin qu'ils puissent *identifier le diabète de manière précoce*...

Du Moyen-Orient à l'Afrique, en passant par l'Europe

En 2011, c'est la région du Moyen-Orient/Afrique du Nord, suivie de l'Amérique du Nord/Caribbes qui compte la plus grande proportion de personnes atteintes du diabète, avec à peu près 11 % de personnes affectées dans la tranche d'âge des 20-79 ans. C'est l'Afrique qui en compte le moins, avec un peu plus de 4 % de prévalence. Cette prévalence est standardisée pour l'âge. En s'en tenant à cette prévalence comparative, l'Europe arrive en avant-dernière position avec une prévalence de presque 7 % (6,7) des 20-79 ans atteints du diabète. Les chiffres relatifs à l'intolérance au glucose, qui constitue un risque plus élevé de développer un DT2M, suivent sensiblement les mêmes tendances.

En Europe, 52,8 millions d'adultes (20-79 ans) vivent avec le diabète (tous diabètes confondus). La plus forte prévalence (10 %) de personnes atteintes du diabète est à trouver dans la Fédération russe (avec un démarcage de la Moldavie où la prévalence de diabète est seulement de 2,8 %). De fortes prévalences sont à trouver également dans les pays d'Europe de l'Ouest et particulièrement en Allemagne, en Espagne, en Italie, en France ou au Royaume-Uni.

[10] Important de rappeler, dans la tradition de santé publique, l'intérêt accordé aux modèles de changement de comportements dans les pays du Nord (dits «développés»), alors que les pays du Sud (dits «en développement») se centrent davantage sur l'approche environnementale, «épidémique» de la santé (prévention, soins).

Une mortalité tempérée par l'efficacité des soins

En Europe, au sein de la population adulte, un décès sur dix peut être attribué au diabète. La majorité de ces décès survient au-delà de 50 ans. Ce qui reflète d'une part la distribution des âges dans la population, mais peut d'autre part être mis en relation avec l'amélioration de la durée de vie due à la qualité des systèmes de soins. Il y a un peu plus de décès en lien avec le diabète chez les femmes que chez les hommes. Tout comme dans le reste du monde, la FID relève en Europe des *disparités importantes entre pays* quant aux montants des dépenses en soins de santé liés au diabète.

Et en Belgique ? Une maladie dont la prévalence augmente

Dans la moyenne européenne «inférieure», la Belgique compte cependant, sur l'ensemble de sa population, environ 500.000 personnes vivant avec le diabète de type 2. D'après la Fédération Internationale du Diabète, les données disponibles pour la Belgique restent incomplètes et souffriraient d'une sous-estimation d'environ 20 %, soit environ 188.400 personnes non diagnostiquées.

D'après l'enquête par interview de 2008 (ISSP), le diabète (tous types confondus) est déclaré par 11 % des hommes de 65 ans et plus interrogés. Il apparaît, pour ce public, en 8ème position du «top dix des affections les plus fréquentes». Par ailleurs, depuis 1997, le pourcentage de la population totale qui déclare souffrir du diabète est en augmentation constante. Alors que le diabète était déclaré par 2,3 % des personnes interviewées en 1997, ce chiffre était de 3,4 % en 2008, même après contrôle des données pour l'âge, entre la population de 1997 et celle de 2008. L'ISSP évoque notamment le vieillissement de la population pour expliquer cette hausse progressive.

L'Atlas de la Fédération Internationale du Diabète, les Observatoires wallon (Observatoire wallon de la Santé, 2009) et bruxellois (Observatoire de la Santé et du Social, 2010) (Belgique) apportent encore des informations utiles à propos de la distribution du diabète selon l'âge ou le genre, ou selon le lieu de vie. Les inégalités et les déterminants socio-économiques, de même que le niveau d'instruction sont également pointés.

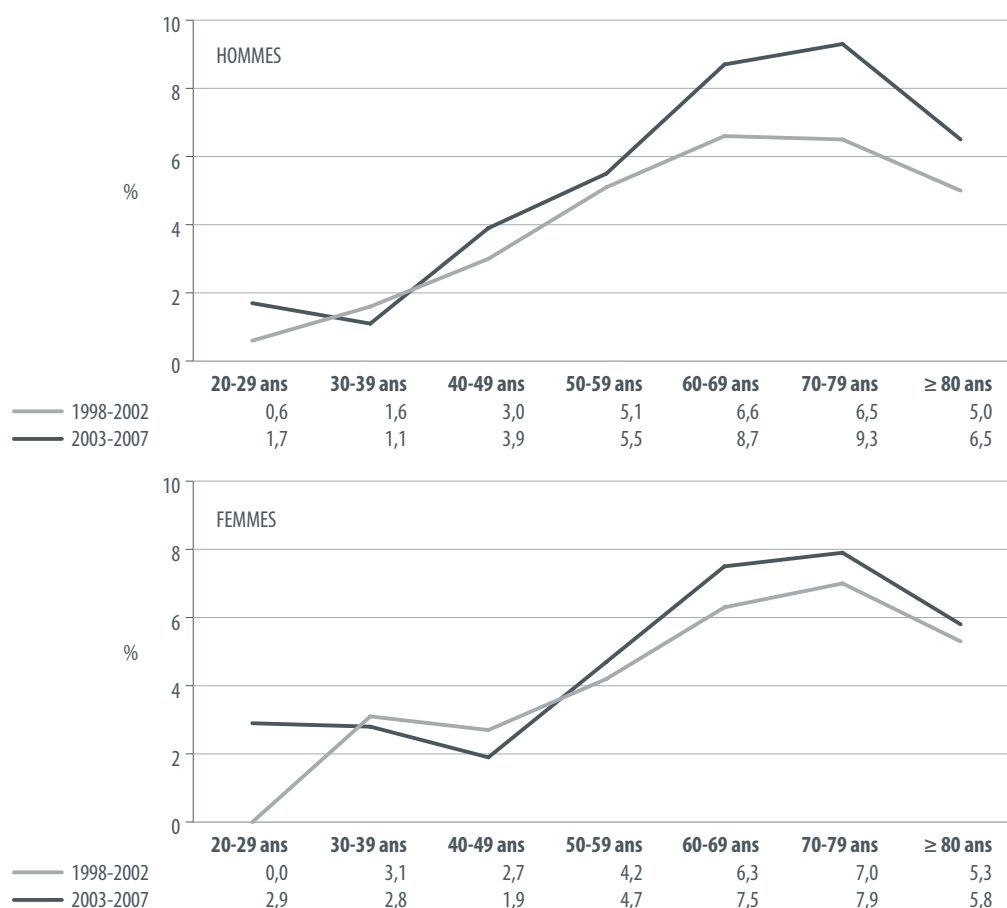


Fig.3 — Pourcentage des décès liés au diabète, par sexe, comparaison 1998-2002 et 2003-2007, Région bruxelloise

Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social In Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, OSB, 2010

Fig.4 — Taux de mortalité par diabète par groupes d'âge, Bruxelles, 2003-2007

Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social In Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, OSB, 2010

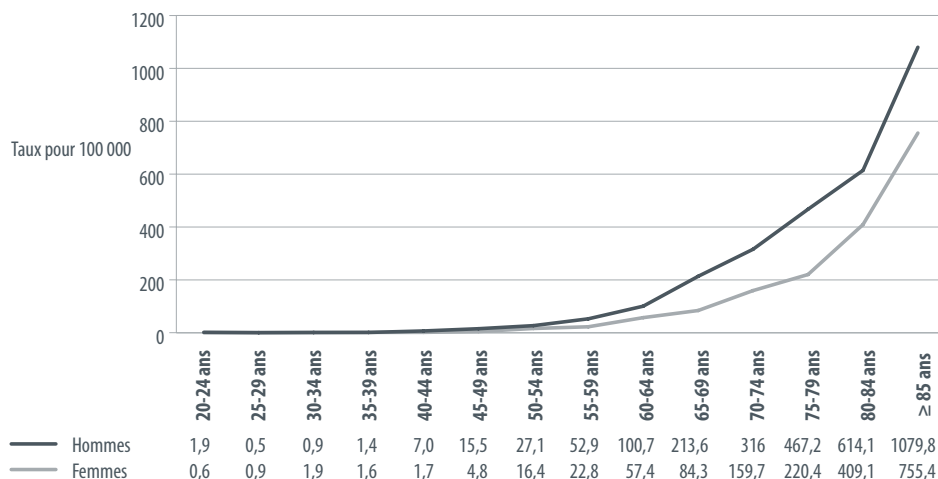
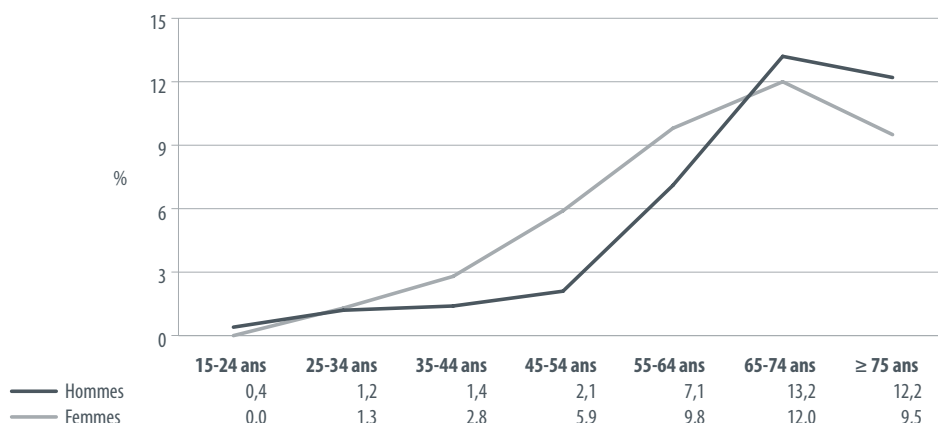


Fig.5 — Pourcentage de personnes interrogées déclarant souffrir de diabète par âge et par sexe, Bruxelles, 2004

Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social In Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, OSB, 2010



DISTRIBUTION DU DIABÈTE SELON L'ÂGE

Le groupe des 40-59 ans comporte le plus grand nombre de personnes affectées par le diabète. Les Belges âgés de 60 à 79 ans sont les plus concernés par l'affection.

La plupart des personnes diabétiques vivent dans des pays à bas et moyen revenu. Selon les prévisions, ce groupe continuera à être le plus touché dans les années à venir. *Chez les jeunes*, le DT2M tend à augmenter chez les enfants et les adolescents, mais les données fiables restent rares et seraient à développer.

Vieillesse et DT2M, exposition des jeunes au DT1

Le vieillissement, est un facteur de risque important pour le DT2M. Or, en Europe, en 2011, un tiers de la population a 50 ans ou plus et on s'attend à une augmentation de 40 % de cette population d'ici à 2030.

Autre «Record» interpellant, la région européenne présente la plus grande prévalence de diabète de type 1 chez les enfants, il en va de même pour l'incidence (nouveaux cas diagnostiqués) en 2011. Les pays qui y contribuent le plus sont le Royaume-Uni, la Fédération russe et l'Allemagne. Le Registre belge du diabète confirme cette augmentation de prévalence du DT1 chez les enfants, pour la Belgique.

DISTRIBUTION SELON LE GENRE

Il y a un peu plus d'hommes que de femmes qui sont atteints du diabète. On s'attend à une réduction de cet écart entre hommes et femmes dans le futur. Dans notre pays, en 2011, dans la tranche d'âge des 20-79 ans, le diabète touche 259.850 hommes pour 255.040 femmes.

DISTRIBUTION SELON LE LIEU DE VIE (URBAIN/RURAL)

Il y a toujours davantage de personnes atteintes du diabète dans les zones urbaines qu'en milieu rural. En Belgique également une plus grande proportion de personnes diabétiques vit dans un environnement urbain. Cet écart tendra à se creuser dans le futur, au vu de l'urbanisation croissante et de la sédentarisation qui en découle.

NIVEAU D'INSTRUCTION ET AUTRES DÉTERMINANTS IMPORTANTS DES MNT ET DU DIABÈTE : L'EXEMPLE DE BRUXELLES ET DE LA WALLONIE

Pour 17 des 35 affections chroniques étudiées dans l'enquête de santé par interview incluant le diabète, l'ISSP note (2008) «une progression importante du risque de maladie à mesure que le *niveau d'instruction* diminue».

L'Observatoire wallon de la santé remet ces données en perspective pour la Wallonie et confirme (2009) «l'existence d'un *gradient significatif* en fonction du niveau de diplôme qui persiste après ajustement pour l'âge et le sexe : ainsi la proportion de personnes qui ont déclaré, en 2004, avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois qui ont précédé l'interview est plus élevée parmi les personnes peu ou pas diplômées que parmi les personnes diplômées de l'enseignement supérieur. L'analyse par région montre que c'est la Wallonie qui contribue le plus à ce gradient.».

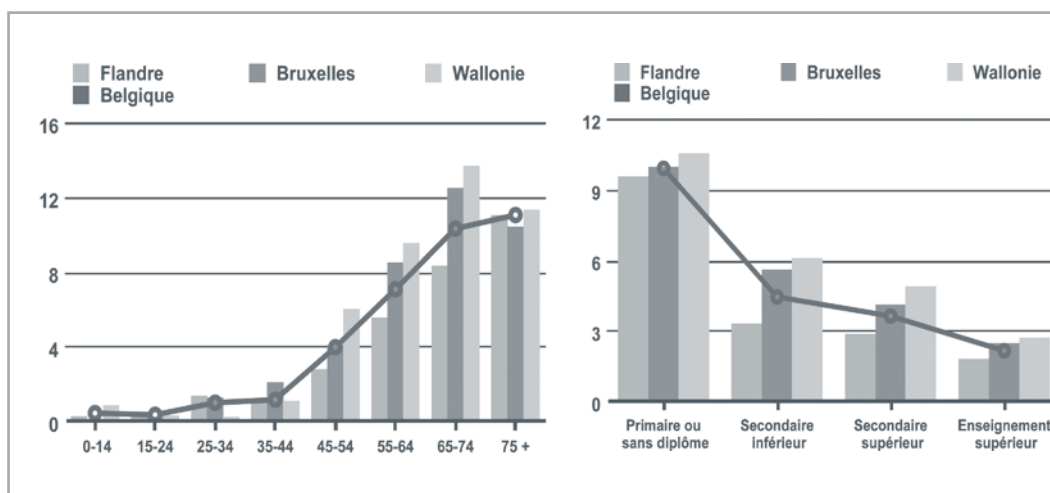


Fig.6 — Proportions de personnes qui déclarent avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois selon l'âge et selon le niveau d'instruction (%)
 Enquête nationale de santé ISP 2004 In Tableau de bord de la santé en Wallonie, OWS, 2009

À Bruxelles, l'Observatoire de la Santé et du Social (OSSB) note que «le poids du diabète dans le total des décès augmente au cours des dix dernières années», et cela *d'avantage chez les hommes que chez les femmes*.

En outre, l'OSSB précise que ces «taux de mortalité sont très nettement supérieurs pour les *femmes marocaines et turques* comparés aux taux des femmes belges ou issues d'un pays de l'UE2 7. Ces différences existent aussi, mais moins marquées, pour les hommes marocains».

À propos du pourcentage de personnes interrogées déclarant souffrir du diabète à Bruxelles en 2004, l'Observatoire précise qu' «on observe des *inégalités sociales marquées face au diabète*, particulièrement chez les femmes. Après contrôle pour l'âge, le risque pour les moins diplômées de souffrir du diabète est trois fois plus élevé que celui des diplômées de l'enseignement supérieur».

Pour la population bruxelloise, l'OSSB ajoute qu'«indépendamment du niveau d'instruction, la nationalité turque ou marocaine est également un facteur de risque pour le diabète chez les femmes [...]. Ces inégalités par rapport au diabète peuvent être expliquées en grande partie par l'*inégalité face à l'obésité*».

DES DISPARITÉS ENTRE RÉGIONS QUI SE CONFIRMENT DANS LES DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ

D'après la Fédération Internationale du Diabète, le diabète fait peser une lourde charge financière sur l'individu, les systèmes nationaux de soins de santé et les pays. En 2011, le diabète représente 11 % des dépenses totales en soins de santé. Selon la FID, 80 % des pays repris dans « l'Atlas du diabète » consacrent entre 5 et 18 % de leurs dépenses totales en soins de santé dans le diabète. Ces dépenses incluent les dépenses médicales consenties pour le diabète tant par le système de santé, que par les personnes affectées par la maladie.

En 2011, les dépenses consacrées dans le monde au traitement du diabète et à la prévention de ses complications, sont estimées à au moins 465 milliards de dollars US.

La FID ajoute qu'il existe une *grande disparité dans les dépenses en soins de santé pour le diabète, entre régions et pays*. Seulement 20 % des dépenses mondiales en soins de santé pour le diabète ont été consenties dans les pays à faible et moyen revenu, dans lesquels vivent pourtant 80 % des personnes atteintes du diabète.

Les personnes qui vivent dans des pays à faible et moyen revenu paient une plus grande part des soins de santé, en raison de l'absence d'assurance santé et de services médicaux publics... Dans certains pays parmi les plus pauvres, les personnes atteintes et leur famille supportent la quasi-totalité du coût des soins médicaux. Des mesures peuvent être prises pour réduire ces disparités. Au Mali par exemple, des actions de plaidoyer ont permis de réduire le coût des médicaments utiles au traitement du diabète, ainsi que ceux de l'insuline^[11].

ÉPIDÉMIOLOGIE DU DT2M : À RETENIR AVANT D'AGIR...

- Ce point de vue plus macro sur l'expansion du DT2M permet de prendre la mesure de son expansion globale et constante... Il ne s'agit pas d'une problématique spécifique à nos régions. Le diabète de type 2 se généralise. Ce qui peut également expliquer que *des publics (culturellement et ethniquement) diversifiés* soient affectés par le diabète.
- Plus loin, le caractère généralisé de l'expansion du DT2M pourrait nous inviter à y rechercher le processus de globalisation hérité de la sphère économique... Surtout si l'on pense aux transformations vécues par les deux déterminants majeurs du diabète de type 2 : l'alimentation et l'activité physique. De manière synthétique et avant d'y revenir de manière plus détaillée (partie II de ce cahier), on peut y voir l'exportation (la migration ?) généralisée de deux tendances des pays dits développés dont les effets se ressentent à l'échelle de l'individu : la baisse des dépenses énergétiques (sédentarité), associée à l'augmentation de l'apport énergétique total (ou quotidien). Des causes plus profondes sont à chercher dans des *changements sociaux* tels que l'industrialisation (production et distribution de l'alimentation), la mécanisation et la standardisation (le travail génère moins d'activité physique, il est moins diversifié), ou encore l'urbanisation (l'activité —à dominante tertiaire— est centrée dans les villes avec toutes sortes d'implications sur l'alimentation et l'activité physique).
- Autre constat transversal interpellant : alors que des régions comme l'Europe peuvent jusqu'ici « compenser » certaines conséquences négatives de ces changements sociaux sur la qualité de vie des individus, ce n'est pas (encore) le cas des pays émergents. Trop peu de personnes y ont accès à des soins de santé de qualité, moins encore à des dispositifs de prévention... On peut véritablement parler d'une universalité du mécanisme de gradient social.
- Image paradoxale d'une transition en marche : dans l'un de ses rapports, le groupe de travail PHAPO de l'International Obesity Task Force attirait l'attention dès 2002, sur la nécessité de considérer la question de l'obésité, même dans les pays où la dénutrition persiste.
- Relues en contexte sociétal, les questions du diabète de type 2, mais aussi celles du surpoids et de l'obésité, peuvent renvoyer à des *processus d'adaptation à l'environnement*, somme toute exigeants pour le bien-être des personnes et des communautés. Transformer le contexte global et agir sur les facteurs d'environnement n'est-il pas une voie à emprunter également pour prévenir le DT2M et ses complications ?

[11] Voir <http://www.santediabete.org/fr/>

I.5 DONNÉES RELATIVES AU SURPOIDS ET À L'OBÉSITÉ

I.5.1 LA FAUTE AUX KILOS !

Quiconque se penche sur la question du diabète de type 2, ou s'interroge plus largement sur les MNT, ne pourra manquer d'aborder les questions du *surpoids* et de l'*obésité*. Également présentées comme de véritables «pandémies» contemporaines, elles sont souvent les premières causes incriminées dans le développement des maladies non transmissibles. Un article du sous-groupe de travail Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) de l'International Obesity Task Force (IOTF) précise que la tendance à développer un DT2M est très fortement corrélée à l'augmentation de graisse corporelle et qu'une grande majorité (90 %) de personnes diabétiques (DT2M) présente un excès pondéral ou est obèse.

Plus généralement, les professionnels dénoncent l'impact négatif de l'excès pondéral ou de l'obésité sur la qualité de vie, la productivité (incapacité de travail), le coût des soins de santé, ou la santé psycho-sociale. Alors que la reconnaissance assez récente de l'obésité comme maladie (cf. infra) peut changer le regard sur la question, voire sur les personnes obèses, l'hypermédiatisation de l'obésité semble s'accompagner d'une transformation de la *norme médicale* en une *norme sociale*. Aux standards médicaux de corpulence reflétés par le discours préventif, se superposent les standards esthétiques et moraux orientés vers un idéal de minceur... Dans un outil intitulé «Obésité, les normes en question», Question Santé interroge cette dérive renforcée par la médicalisation de l'obésité. Les auteurs se demandent ici si l'extension du discours de la diététique ne serait pas une «nouvelle forme de contrôle social»... (Service Éducation permanente Question Santé asbl (eds), 2009).

Dans le cas de l'obésité ou pour d'autres problématiques (désordres alimentaires, santé mentale, consommation de toxiques, etc.), il est important que les professionnels de santé, et les médias qui contribuent à la diffusion, forcément simplifiée, des *discours sur la santé*, s'interrogent sur la portée des messages qu'ils transmettent. La deuxième partie de ce cahier reviendra sur le rôle des «médias» et des «normes» à propos des facteurs influençant l'alimentation.

Une chose est sûre, si le carcan normatif (sanitaire, social) peut avoir des conséquences sur le bien-être –d'autant plus importantes que l'obésité renvoie particulièrement à la responsabilité individuelle– les indicateurs et critères de corpulence qui dessinent les contours de ce carcan, opèrent comme autant de verrous sur l'individu, disons même sur l'individualité et sa diversité. Alimentation, vie affective et sexuelle, activité sportive ne revêtent pas qu'un caractère utilitaire ou d'obligations pour l'humain. Ces modes de vie peuvent être appréhendés différemment par l'un ou l'autre, en fonction par exemple du plaisir qu'ils peuvent ou pas procurer. Peut-on imaginer réduire ces questions à des normes/standards ou autres prescriptions médicales ?

Pour revenir à la question du poids, l'instrument de mesure (de torture ?) le plus utilisé reste l'*Indice de Masse Corporelle (IMC)*. Définie par l'OMS comme «une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé», et reconnue comme une maladie depuis 1997, l'obésité est généralement mesurée à l'aide de l'IMC. Dans le point consacré aux facteurs de risque du diabète ci-avant, nous invitons à la vigilance quant au caractère «indicatif» de l'IMC pourtant régulièrement brandi comme outil diagnostique en soi. Son caractère figé et standard est de plus en plus remis en question, des alternatives émergent mais l'IMC reste l'outil privilégié par l'OMS. S'il peut donner une image d'ensemble à titre d'indicateur international, l'IMC est moins représentatif des diversités (de publics, de rapport à la santé/au poids, etc.) qui constituent cet ensemble.

Ces précautions prises, il semble utile –vu le lien entre obésité et diabète de type 2– de rappeler quelques données et constats à propos de l'obésité et du surpoids. Les données retenues ici concernent la Belgique et la France, qui offre des points de comparaison avec notre pays. Il s'agit d'une part de prendre des distances avec ce qui revêt des allures d'«alarmisme sanitaire», depuis les États-Unis jusqu'au «vieux continent» européen. D'autre part, l'objectif est d'envisager la *portée sociale* de ces questions qui font encore l'actualité en santé publique.

I.5.2 AU LOUP AU LOUP ?!

Que nous apprennent les jeunes (HBSC) ?

Cibles privilégiées de la prévention, souvent appréhendés comme «baromètres» de la santé future d'une population, les jeunes sont également concernés par les questions de surpoids et d'obésité qui animent les acteurs de santé.

Le service SIPES de l'École de Santé publique de l'ULB, coordonne pour la Belgique francophone, l'étude internationale «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC), patronnée par le Bureau Européen de l'OMS. Portant sur les comportements de santé et modes de vie des adolescents, elle est réalisée depuis 1986 et tous les deux ou quatre ans auprès d'un échantillon représentatif de la population scolaire (de la 5ème primaire à la 6ème secondaire, tous types et réseaux de l'enseignement de plein exercice, excepté l'enseignement spécialisé). Les derniers résultats et analyses ont été publiés en 2008 et portaient sur la récolte 2006. La récolte de données 2010 est en cours d'analyse au moment de rédiger ce cahier.

Un chapitre de la brochure «La santé des jeunes» (données 2006) s'intitule «surcharge pondérale et image du corps» (Godin I., Decant P., Moreau N., De Smet P., Boutsen M., 2008). Il traite spécifiquement de la surcharge pondérale et de ses facteurs associés, ainsi que de différents aspects liés au poids corporel (image du corps, régimes). À noter que ce n'est pas l'IMC qui a été utilisé ici mais bien les seuils mis au point par Roelants *et al.* (Roelants M., Hauspie R., Hoppenbrouwers K., 2004). Ceux-ci permettent notamment de prendre en compte le processus de croissance qui caractérise les publics «jeunes».

Nous reproduisons ci-après les graphiques relatifs au statut pondéral des jeunes et à l'évolution de la surcharge pondérale entre 1994 et 2006.

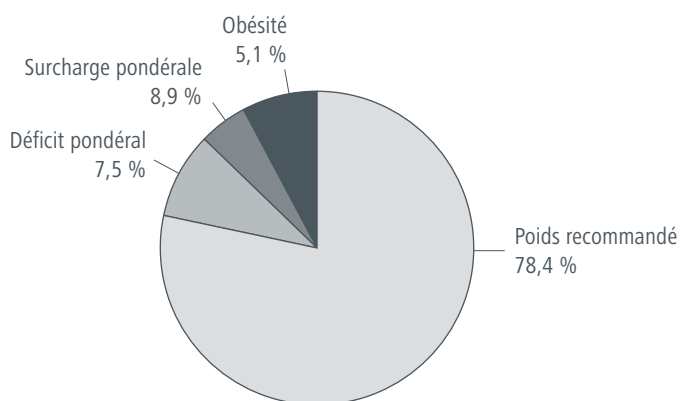


Fig.7 — Statut pondéral des jeunes, en %

Source : Enquête HBSC, SIPES-ULB, 2008

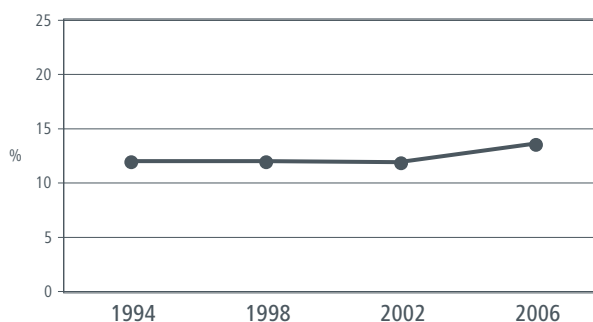


Fig.8 — Évolution de la surcharge pondérale (≥P85) entre 1994 et 2006 (en %).

Source : Enquête HBSC, SIPES-ULB, 2008

Une proportion modérée de jeunes francophones en surpoids sur la population dans son ensemble

En évitant de généraliser l'usage de l'IMC aux publics jeunes (voir supra, jusqu'à 20 ans, il est important de tenir compte des courbes de croissance), les données 2006 faisaient apparaître une *large majorité de jeunes (78,4 %) présentant le poids recommandé*. Alors que 8,9 % et 5,1 % des jeunes interrogés présentaient respectivement une surcharge pondérale et une obésité, 7,5 % étaient en déficit pondéral.

Pour les Belges francophones, on parlait en 2006 d'une proportion de jeunes en surcharge pondérale «dans la moyenne de l'ensemble des pays et ce, quel que soit l'âge (11, 13 et 15 ans)». Les données 2010 ne confirment d'ailleurs pas la légère augmentation de jeunes «en surpoids» qui avait été observée en 2006 (par rapport aux années d'enquête précédentes).

Une surcharge pondérale notamment associée au faible niveau d'aisance matérielle et au type d'enseignement

Comme le montrent les figures 9 et 10, la *filière d'enseignement* détermine fortement le fait d'être en surpoids, en secondaire, une plus grande proportion d'élèves en surpoids est à trouver dans l'enseignement professionnel que dans le général.

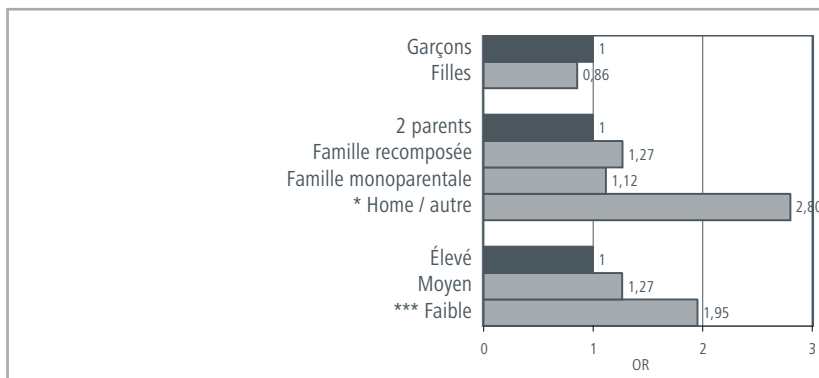


Fig.9 — Surcharge pondérale chez les jeunes du primaire (OR standardisés pour le sexe, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle)

Source : Enquête HBSC, SIPES-ULB, 2008

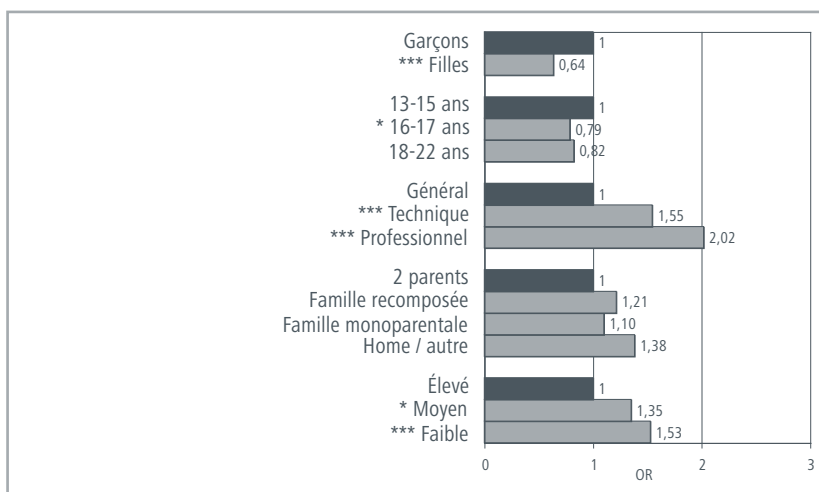


Fig.10 — Surcharge pondérale chez les jeunes du secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, l'orientation, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle)

Source : Enquête HBSC, SIPES-ULB, 2008

«Le faible *niveau d'aisance matérielle* se présente comme un déterminant du surpoids chez les jeunes en primaire, comme en secondaire [...]». Transversalement aux questions du surpoids/de l'obésité et à d'autres thématiques de santé observées dans le cadre de l'enquête HBSC (perception subjective de la santé, alimentation, activité physique, etc.), on relève d'ailleurs dès l'enfance «*d'importantes inégalités sociales de santé* [...]». Force est de constater que les enfants et les jeunes issus de milieux socialement/matériellement moins favorisés sont, sur le plan de la santé également, en moins bonne position [...]. Lors de la publication des résultats 2006 de l'enquête HBSC, on observait également qu'un faible niveau d'aisance matérielle peut influencer les choix alimentaires (irrégularité des repas et développement d'une surcharge pondérale plus fréquents en milieux défavorisés), mais également impacter sur la pratique d'une activité sportive ou physique (accessibilité moindre aux services et équipements).

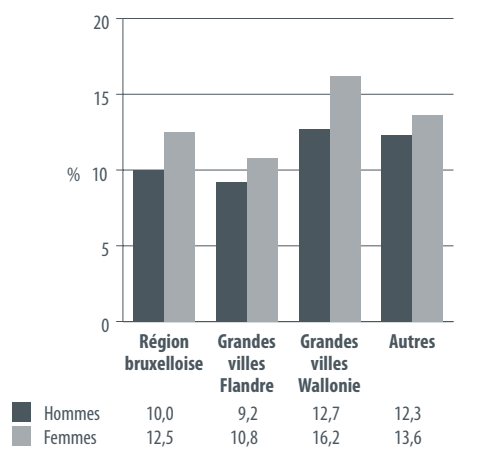
Quid de la population générale ?

Un risque de surpoids qui augmente en situation de précarité

En Belgique et dans la plupart des pays industrialisés, on a noté au cours des dernières décennies une *augmentation constante de l'excès pondéral*. S'appuyant sur les données (2004) de l'Enquête de santé (ISP), l'Observatoire bruxellois de la Santé et du Social précise que «39 % des Bruxellois de plus de 18 ans (44 % des hommes et 35 % des femmes) déclarent des données de poids/taille équivalant à un excès de poids (BMI>25). Environ un quart de ces personnes est obèse : 10 % des hommes et 12,6 % des femmes (BMI>30)».

Fig.11 — Prévalence de l'obésité parmi les adultes selon le lieu de résidence, 2004

Enquête nationale de santé ISP in Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, OSB, 2010



Nous reproduisons la figure du Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010 (p76).

L'OSSB ajoute qu'«il n'y a pas de différence significative entre Bruxelles et les grandes villes de Flandre et de Wallonie» et insiste tout particulièrement (comme pour le diabète) sur l'existence d'un *gradient social marqué, surtout chez les femmes*. «Les femmes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire souffrent 4 fois plus souvent d'obésité que les femmes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur. Indépendamment du niveau d'instruction, les femmes turques et marocaines souffrent également plus souvent d'obésité que les femmes belges [...]. Ces inégalités face à l'obésité se retrouvent aussi en grande partie dans les inégalités observées pour le diabète».

Le Tableau de bord de la santé en Wallonie 2009 précise, d'après les données de l'ISSP (2004), que «54,6 % des hommes de 18 ans et plus sont en excès de poids (un quart d'entre eux est obèse) ainsi que 42,2 % des femmes du même âge (un tiers d'entre elles est obèse) (Observatoire wallon de la santé, 2009). L'Enquête de Consommation Alimentaire belge de 2004 présente des résultats similaires [...]». L'Observatoire wallon de la santé note également «des différences importantes entre les provinces wallonnes». Ainsi, c'est dans le Hainaut—province caractérisée également par un profil socio-économique fragile— qu'on trouve la plus grande proportion d'hommes en surpoids, parmi lesquels la proportion d'hommes obèses est également la plus élevée... Hainaut qui compte aussi proportionnellement le plus de femmes en excès de poids (environ 48 %).

1.5.3 SURPOIDS ET OBÉSITÉ : «PANDÉMIES» EN VOIE DE STABILISATION ?

En préparation à la journée mondiale du diabète 2004, dont le thème était précisément l'obésité, la Fédération Internationale du Diabète lui avait consacré une publication. À cette occasion, la FID alertait sur la «prévalence croissante de l'obésité dans le monde», plus particulièrement dans les années 90. La FID indiquait par ailleurs^[12] :

- un taux plus élevé d'obésité dans les pays où les revenus sont faibles ou moyens, ce qui pourrait évoquer le gradient social, mais doit également être relié au processus de «transition épidémiologique» ;
- une prévalence de l'obésité et du surpoids qui peut atteindre 50 à 65 % de la population dans certains pays, non seulement aux États-Unis, en Europe et en Australie, mais également dans des pays comme le Mexique, l'Égypte et parmi la population autochtone d'Afrique du Sud. La proportion la plus importante de personnes atteintes d'obésité était alors à trouver dans les îles du Pacifique et dans certaines régions du Moyen-Orient (2003) (Fédération Internationale du Diabète (Éds), 2004).

[12] Données de l'IOTF (International ObesityTask Force) et de l'IASO (International Association for the Study of Obesity).

Ce discours assorti de prévisions pessimistes correspond encore aujourd'hui au discours dominant quant à l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Tout dernièrement cependant, l'alarmisme ambiant était quelque peu tempéré par le constat d'une *stabilisation de la progression du surpoids et de l'obésité*. Cet apaisement n'a cependant pas encore essaimé largement. Il faut dire que le recul manque pour bien expliquer cette stabilisation que d'aucuns voudraient attribuer –peut-être trop rapidement– à la systématisation des campagnes, démarches de prévention ou autres «Plans nationaux nutrition santé».

Dans l'ouvrage collectif «Regards croisés sur l'obésité», Marie-Aline Charles se penche sur l'épidémiologie de l'obésité en France, qu'elle met en perspective avec les données internationales (Bergeron H., Castel P. (ss la dir.), 2010). Elle précise que «les prévalences du surpoids et de l'obésité ont augmenté de façon très nette depuis les années 1990, chez l'adulte comme chez l'enfant, en France comme dans de nombreux autres pays. Depuis les années 2000, quelques signes de ralentissement de cette épidémie apparaissent, surtout chez l'enfant. Les derniers chiffres en provenance des États-Unis apportent la première note discordante au concert à la hausse constaté depuis 1990. En effet, l'augmentation de la prévalence de l'obésité semble s'être nettement ralentie depuis les années 2000, même si cette affection touche toujours plus de 30 % des habitants de ce pays». La photographie la plus récente laisse néanmoins entrevoir, chez l'adulte comme chez l'enfant, de grandes *disparités* entre pays, comme à l'intérieur d'un même pays... En s'intéressant aux caractéristiques sociodémographiques de l'obésité chez l'adulte et l'enfant en France (p37), à partir de différentes sources de données (Obepi, Insee), Marie-Line Charles pointe encore deux éléments importants :

1. Une analyse statistique complexe des études transversales (répétitives), permet de distinguer l'effet de l'âge de celui de la *cohorte de naissance*. En France, «ce type d'analyse [...] a permis de conclure à une augmentation nette de la susceptibilité à l'obésité avec l'âge pour les cohortes nées après les années 1960 [...]. Ce type d'analyse indique que des modifications majeures des conditions de vie (nous soulignons), probablement dès l'enfance, ont affecté particulièrement les personnes nées à ces périodes, modifiant en conséquence leur risque de développer une obésité tout au long de leur vie». L'émergence du modèle de société de consommation constitue sans aucun doute l'une de ces modifications majeures dans les conditions de vie.
2. «La prévalence de l'obésité est nettement plus élevée chez les personnes qui vivent avec peu de moyens [...]. Cette différenciation sociale (nous soulignons) est décrite depuis plusieurs décennies chez les femmes adultes dans les sociétés développées. L'apparition de telles différences chez les hommes et surtout chez les enfants, est un phénomène plus récent qui accompagne l'épidémie actuelle d'obésité». Nous pensons qu'il faudrait explorer davantage ici la question du genre. En effet les hommes socio-économiquement fragilisés sont-ils, autant que les femmes, exposés au risque d'obésité ? Plus haut, nous soulignons, à Bruxelles et en Wallonie, l'existence d'un gradient social marqué, surtout chez les femmes à propos des chiffres du surpoids et de l'obésité... Il serait intéressant d'approfondir ce constat et d'étudier également de quelles manières, avec quelles spécificités, 'hommes' et 'femmes' sont exposés au risque d'obésité.

Plus loin dans l'ouvrage collectif «Regards croisés sur l'obésité», la sociologue Alice Régnier revient sur la question des *inégalités sociales de santé à propos de l'obésité* (Bergeron H., Castel P. (ss la dir.), 2010). Elle avance à ce propos quelques facteurs explicatifs^[13] :

- Les contraintes financières : «le *budget* est un des principaux facteurs qui contraignent l'alimentation». Or, les fruits et légumes particulièrement recommandés par la diététique ou les grandes campagnes (PNNS), sont perçus comme très onéreux. Comme le réprecise Christine César (socio-anthropologue à l'INPES), d'après l'étude française Abena (César C. ; 2009) : «[...] la nourriture devient la variable d'ajustement» dans la composition du budget des ménages pauvres». Par ailleurs, revient Christine César «le revenu n'exerce qu'un impact indirect sur le budget des familles : il faut alors prendre en compte les habitudes alimentaires des individus et plus encore leurs goûts». Le *rapport à l'alimentation*, voire à la santé est en effet variable d'un groupe social à l'autre. Alors que les catégories plus aisées sont sensibles aux arguments diététiques, ce qui prévaut chez les catégories plus

[13] Ces éléments d'explication peuvent être remis en perspective avec des constats plus larges relatifs au phénomène de «transition nutritionnelle» : la diminution forte de la proportion du budget de la ménagère consacré à l'alimentation ; la diminution de la part des aliments de base (céréales) et de la part des fruits et légumes dans l'alimentation consommée, au profit de l'augmentation de la consommation des protéines animales, des sucres et graisses...

modestes est la saveur, de même que l'abondance et le choix offerts à tous les membres de la famille. Les fruits et légumes ne nourrissent pas et sont, qui plus est, moins longtemps conservables (gaspillage). Cette même dichotomie apparaît à propos de l'alimentation de l'enfant. Enfin, le clivage social existe encore, au détriment des catégories moins favorisées, à propos de l'activité physique.

- Les représentations du corps : «les représentations du corps et de la corpulence diffèrent selon l'appartenance sociale. L'intérêt porté à la minceur, critère de l'excellence corporelle, croît avec la hiérarchie sociale [...]» (Bergeron H., Castel P. (ss la dir.), 2010). L'influence de la pression sociale est ici pointée. Que l'on se trouve en milieu favorisé ou plus modeste, le groupe d'appartenance et les médias (quitte à s'en démarquer) opèrent une influence importante sur l'individu et ses représentations. «Ces facteurs sont accrus quand les femmes (par exemple) n'ont de contacts qu'avec les membres de leur groupe social d'appartenance, et plus encore dans les cas de faible intégration sociale.» Dans les groupes plus favorisés «l'obésité est perçue comme un marqueur (stigmaté ?) social associé à la pauvreté (Bergeron H., Castel P. (ss la dir.), 2010).
- Les représentations de la santé : «dans les catégories aisées, on a affaire à une optique où la santé est conçue au long terme et où l'alimentation, qui participe d'une démarche de santé, relève de l'hygiène de vie. Dans les catégories modestes, l'optique est curative et à plus court terme. L'alimentation est moins aisément et moins rapidement liée à la santé. Dès lors, les attitudes face aux recommandations (normatives) en matière de contrôle du poids diffèrent. [...] En milieu modeste [...], la discordance est forte entre recommandations, pratiques alimentaires et pratiques d'entretien du corps. [...] Les messages de prévention sont [...] souvent vécus (par les femmes) comme une remise en question de ce qui constitue une part de l'identité : ses pratiques alimentaires, mais aussi l'éducation de ses enfants, la maternité, et d'abord son corps.» (Bergeron H., Castel P. (ss la dir.), 2010).

FOCALE SUR LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ : À RETENIR AVANT D'AGIR...

- Surpoids et obésité sont deux déterminants importants du DT2M.
- Qu'il considère l'évolution de la question dans le temps (diachronie) ou son état au sein de différents groupes sociaux à une même époque (synchronie), un regard sur le surpoids et l'obésité des publics peut difficilement se passer d'une lecture du contexte ou de l'environnement où se jouent ces problématiques (époque, lieu, classe sociale, situation de crise politique ou économique, etc.). Il faut éviter d'occulter, en se centrant sur l'individu, la dimension sociale du développement de l'obésité. L'accès à une alimentation diversifiée dans un quartier, une école ou sur le lieu de travail, l'émergence historique de la société de consommation, l'urbanisation et la sédentarisation, sont autant d'éléments qui vont par exemple influencer le surpoids et l'obésité.
- Il en va de même pour le diabète, tout particulièrement le DT2M. Il est important d'être attentif aux contextes favorisant son apparition pour mettre en évidence, dans une optique positive et d'élargissement, les déterminants favorables au bien-être intervenant aussi sur la prévention du DT2M. Comment demander à une personne de «gérer son poids» si les aliments auxquels elle a plus facilement (économiquement et logistiquement) accès sont riches en graisses et en sucres ? Pourquoi imposer un régime aux individus plutôt qu'aux producteurs de dérégulations alimentaires, à savoir par exemple, de grandes firmes agroalimentaires ?
- Cette manière «reliée» d'appréhender la prévention du DT2M favorise les approches intégratives (=qui tiennent compte des ressources et contraintes en lieux de vie) et intersectorielles (=qui mobilisent des acteurs et ressources de différents secteurs et sont par conséquent plus efficaces et durables).
- Dans une perspective macro ou plus micro, vu de loin ou de plus près, les facteurs socio-économiques, l'accès à l'instruction, le genre (masculin/féminin) et le niveau d'instruction sont des déterminants fondamentaux du diabète de type 2, et a priori, de l'obésité et du surpoids. De ce point de vue, appartenir à un groupe «minoritaire» ou «minorisé» (socialement, culturellement, économiquement), semble être très fragilisant. Tout particulièrement si la société est orientée vers la compétitivité, la productivité et l'individualisme, davantage que vers la solidarité et le bien-être collectif... Dans ce contexte, il n'est pas toujours bien vu et bien venu d'être «visiblement» différent (cf. on parle de «minorités visibles» à propos des migrants). Nous y reviendrons à propos du concept de diversité (partie III de ce cahier). De même, dans une société individualiste, chacun est responsable/coupable de sa santé, bonne ou mauvaise ! Le discours et la politique (d'exclusion) des assurances, et à certains égards celui des mutualités, ne promettent pas autre chose qu'une responsabilisation de chacun(e) face aux «choix» de santé. Loin de vouloir dénier toute responsabilité à l'individu dont la participation est hautement requise dans les processus de prévention ou de soins, il s'agit également de mettre l'accent ici sur la responsabilité collective et politique.

- Au-delà des *aspects purement pécuniaires*, et de la mesure dans laquelle ils déterminent l'accès à l'alimentation et aux moyens de conservation des aliments (tout le monde ne dispose pas d'un frigo), il faut également prendre en compte les *goûts alimentaires* qui varient en fonction de l'appartenance sociale ou des pratiques familiales, de même que les *représentations* de la corpulence (cf. pratiques de régime), de l'alimentation et de la santé (vision à long ou à court de terme, sensibilité à la prévention ou plutôt aux soins...)
- Intervenir sur les déterminants de la santé et le bien-être, réduire les inégalités sociales de santé constituent précisément l'ambition, la finalité, et les «effets secondaires» de la *promotion de la santé*...

I.6 PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ APPELÉES À LA RESCOUSSE !

La plupart des intervenants ou chercheurs en conviennent, qu'ils soient spécialistes ou non, la «pandémie» diabétique –il en va de même pour le risque d'obésité– pourrait être évitée ou fortement réduite par *une prévention efficace*. Par là, ils entendent généralement, la *nécessité d'agir sur les modes de vie individuels, particulièrement en matière d'alimentation et d'activité physique*. Cela tombe bien, ces mêmes modes de vie sont pointés à propos de la prévention des cancers ou des maladies cardio-vasculaires.

En septembre 2011 et en prévision du Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (New York/ septembre 2011), l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la santé (UIPES) et le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), lançaient un «Appel à l'action pour prévenir les maladies non transmissibles à partir des approches de promotion de la santé»^[14]. Cette déclaration précise notamment que : «Toutes les stratégies de lutte contre les MNT, pour être efficaces, doivent *aller au-delà des approches par les modes de vie* et aborder les déterminants comme l'éducation, l'emploi, le logement, le revenu, l'accès aux soins, et le manque d'accès à des approches de promotion de la santé qui ont fait la preuve de leur efficacité [...]». Plus loin, la même déclaration évoque des domaines d'actions essentiels «à savoir, la nutrition, l'activité physique et le contrôle du tabac [...]», et appelle à «une véritable action de promotion de la santé sur la nutrition, l'activité physique et le contrôle du tabac».

En isolant la question du DT2M et particulièrement l'action sur l'alimentation, **que veut dire agir sur la nutrition/l'alimentation dans une perspective de promotion de la santé ? Quels sont les leviers micro- et macro-sociaux de l'alimentation et comment les activer efficacement ?** La deuxième partie de ce cahier se penchera sur ces questions. Le choix de l'alimentation est guidé/imposé par des motifs essentiellement pratiques. Ce qui apparaît comme une restriction thématique doit cependant permettre l'exploration d'une large variété de déterminants et de leviers d'intervention sur la prévention du DT2M et la santé en général. Une réflexion du même type et peut-être un autre Cahier Santé (?) pourraient pertinemment être réalisés à propos de l'activité physique, autre déterminant majeur de la prévention de l'obésité et du DT2M.

[14] Voir http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Advocacy/IUHPE_AppelActionMNT_WEB_FR.pdf

II. LA PRÉVENTION DU DT2M À LA LUMIÈRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

II.1 LA PROMOTION DE LA SANTÉ : UN RÉFÉRENTIEL INTERNATIONALEMENT RECONNU...

... et un référentiel qui peut garantir :

- Une *approche complexe* du Diabète de type 2 en amont de la pathologie, et donc en prévention ('primaire'^[15]). Cette complexité est notamment assurée par la prise en compte des déterminants de la santé, particulièrement dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique pour ce qui a trait au DT2M ;
- Le *continuum entre prévention et soin(s)* : en décroissant et en élargissant le concept de santé, en y intégrant les champs de la participation (empowerment) et du développement durable... Du point de vue des intervenants médicaux ou des soignants, la promotion de la santé ou 'approche écosystémique' de la santé est propice à une modélisation globale des soins, évoluant d'une approche curative (techniques de soins) vers une approche «carative»^[16]. Cette dernière appréhende notamment les dimensions relationnelles, et particulièrement l'interaction entre professionnels et publics dans une dynamique de co-construction de la démarche de soin.

II.1.1 LA PROMOTION DE LA SANTÉ À LA UNE DES SOMMETS ET RECOMMANDATIONS DES NATIONS UNIES

En septembre 2011 avait lieu à New York, un Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (MNT). La tenue de cette rencontre au plus haut niveau sur la prévention et le contrôle des MNT (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires chroniques et diabète) avait été décidée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en mai 2010.

La résolution (projet du 16 septembre 2011) des Nations Unies sur les MNT, adoptée en amont du Sommet de New York, attire notamment l'attention sur les éléments suivants :

- *l'ampleur de l'enjeu*, qui nécessite la mobilisation collective et multisectorielle de l'ensemble des états et nombreux acteurs compétents ;
- *l'attention privilégiée à donner à la prévention*, « pierre angulaire de la lutte mondiale contre les MNT » (art. 34) ;
- *l'engagement dans des mesures incitatives, structurelles et législatives instaurant des environnements sains*, et pouvant impliquer le secteur privé en tant qu'acteur à réguler ou à mobiliser (ex : dans le domaine agroalimentaire). Par « environnements sains », on entend ici « propices et équitables pour donner à l'individu, à la famille et à la collectivité les moyens de faire des choix sains et de vivre en bonne santé » (point a) de l'art.43).

Pour réduire les facteurs de risque et *agir sur les moyens*, cette résolution récente sur les MNT, rappelle également l'existence de la « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » adoptée par l'OMS en 2004 (OMS, 2004). Ses principes d'action se réfèrent clairement aux principes de la Charte d'Ottawa pour la

[15] Historiquement le découpage prévention primaire/secondaire/tertiaire/voir quaternaire... a précédé l'apparition du paradigme de promotion de la santé et est directement inspiré de l'approche biomédicale appliquée à la santé publique/collective. Aujourd'hui encore, ces deux modélisations (promotion de la santé et prévention(s)) coexistent, parfois se superposent ou se télescopent. Proposer leur « intégration » devrait faire l'objet d'un travail, à notre sens, fort utile aux acteurs oeuvrant en santé et pour la santé (sans exclusive biomédicale).

[16] «[...] Rappelons que les activités caratives désignent les activités veillant à la promotion du bien-être du patient, à la prise en compte de ses besoins comme le confort, la réassurance, la confiance en soi, l'estime de soi pour l'aider à faire face à l'événement maladie dans sa vie» (Tourette-Turgis C., 2008).

promotion de la santé, particulièrement en ce qui concerne le caractère *multidisciplinaire et participatif* des stratégies à développer.

Enfin, à l'occasion du Sommet de New York, l'Union Internationale de Promotion Éducation Santé (UIPES) et le Réseau Francophone des Intervenants en Promotion de la Santé (REFIPS) ont réaffirmé l'intérêt des approches de promotion de la santé pour prévenir les MNT. Dans leur appel conjoint, ils demandent entre autres :

- un renforcement et un élargissement du rôle de la promotion de la santé ;
- au sein des systèmes de santé, une affectation plus importante des ressources à la promotion de la santé et à la prévention des MNT ;
- une attention privilégiée pour les domaines de la nutrition, l'activité physique et le contrôle du tabac ;
- une attention particulière aux besoins des groupes défavorisés.

II.1.2 UN CADRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ QUI PERCOLE PLUS DIFFICILEMENT DANS LE PLAN NATIONAL NUTRITION ET SANTÉ BELGE

En cohérence avec les recommandations européennes et de l'OMS, et depuis avril 2006, un Plan National Nutrition et Santé (PNNS-B) a été déployé pour la Belgique (Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2005 et 2006). Il repose notamment sur les constats de l'Enquête alimentaire, réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (Devriese S., Huybrechts I., Moreau M., Van Oyen H., 2004). Les stratégies et recommandations du PNNS-B ont été établies au sein de différents groupes de travail. Il s'agit de groupes de travail multidisciplinaires, composés de représentants des autorités fédérales, communautaires et régionales, des organisations de consommateurs, des institutions de recherche, du monde académique et d'associations professionnelles, sectorielles et privées. Sept axes stratégiques structurent le PNNS-B. Ils sont à la fois transversaux et spécifiques aux problématiques et aux publics :

1. Information et communication : des guides, dépliants, affiches ont été réalisés pour faciliter la diffusion large de «normes» ou repères en matière d'alimentation. Les enquêtes et recommandations élaborées dans le cadre de «la campagne» sont également disponibles sur le site du PNNS-B.
2. Création d'un environnement stimulant des habitudes alimentaires saines et l'activité physique : l'école et le lieu de travail ont été prioritairement ciblés comme lieux de promotion d'une alimentation saine, une liste des institutions qui promeuvent l'activité physique a été dressée.
3. Engagement du secteur privé : il s'agit ici d'encourager les entreprises alimentaires à se fixer et respecter des normes en phase avec les recommandations alimentaires. Ces normes concernent la composition des aliments commercialisés, leur qualité nutritionnelle, mais également la politique de marketing à l'égard des enfants.
4. Attention à l'allaitement et à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, aux carences alimentaires sélectives et à l'alimentation optimale.
5. Attention à la dénutrition dans les hôpitaux, les maisons de repos et dans le cadre des soins à domicile.
6. Réalisation d'une enquête alimentaire nationale.
7. Soutien à la recherche scientifique relative à l'alimentation, au comportement alimentaire et l'activité physique.

Un tel plan veut défendre, au niveau national, une approche large et pluridimensionnelle de la promotion de l'alimentation et, dans une mesure moindre, de l'activité physique. Néanmoins, pour ce qui regarde l'alimentation, il reste fortement centré sur les contenus alimentaires. S'il associe le secteur privé à la réflexion et l'action^[17], il interroge ou interpelle insuffisamment les *pratiques de lobbying* imposées aux consommateurs et *a fortiori* aux états. Côté stratégies d'action, il donne la priorité à l'information et à la diffusion de normes («ce qu'il est recommandé de manger»). Il s'intéresse peu aux *conditions et contextes d'accès aux contenus alimentaires, de même qu'aux modes*

[17] Ce qui pour certains acteurs revient tout bonnement à «introduire le loup (agroalimentaire) dans la bergerie (de la prévention)» !

d'alimentation pourtant déterminants également. On sait aussi que disposer des «bonnes» informations n'est pas en soi suffisant pour adopter les «bons» comportements. Enfin, le PNNS-B mise sur des stratégies de communication (Internet/supports écrits) qui ne sont pas toujours *accessibles* au plus grand nombre. Dans le même ordre d'idée, tant les contenus que les supports d'information neutralisent, voire nient, *la diversité* (sociale, culturelle, économique) de situations et référentiels qui peuvent caractériser les composantes du «grand public». Une évaluation du PNNS-B1 a été réalisée à mi-parcours pour en mesurer la bonne diffusion auprès du grand public. Plus récemment et préalablement au lancement du PNNS-B2, une évaluation a été réalisée par l'École de Santé Publique de l'Université de Liège. Cette deuxième évaluation plus complète ne porte pas sur l'impact éventuel du plan sur les habitudes et comportements alimentaires de la population, mais bien sur les trois «questions évaluatives» suivantes :

1. Le contenu et l'architecture du plan sont-ils propices à en assurer l'efficacité ?
2. Quelles sont l'acceptabilité, la pertinence et l'efficacité des modes de gestion du plan tels que réalisés ?
3. Quelles synergies se sont/pourraient être développées entre le PNNS-B et les plans des entités fédérées ? (Absil G., Vandoorne C., 2011).

Si l'on comprend bien qu'il soit difficile, eu égard aux moyens que cela présuppose, d'évaluer l'impact d'un tel programme sur les comportements et la santé de la population, on doit néanmoins s'étonner d'une telle fermeture à la question. L'évaluation de l'impact du PNNS-B sur la qualité des environnements et des comportements alimentaires n'est pas même envisagée. Finalement, où/quand peut-on trouver un intérêt pour les publics et leur diversité dans l'élaboration, la mise en œuvre et, *a fortiori*, l'évaluation de ce programme national nutrition et santé ? Cette quasi-absence d'égard pour les publics, leurs aspirations et réalités nutritionnelles, doit-elle nous conforter dans l'idée que le dialogue avec ceux-ci n'a pas lieu ? Même avec la contribution (l'aval ?) de la promotion de la santé en FWB ?

Par ailleurs, une question qui s'est fréquemment posée et que la cohérence en santé invite à ne pas éluder, dans le décours de la mise œuvre du PNNS-B, est celle du *partenariat public-privé*^[18]. À cet égard également, on peut se demander dans quelle mesure le PNNS-B offre un rempart suffisant à la réalisation – coûte que coûte, c'est le cas de le dire – des finalités marchandes des grands groupes agroalimentaires. Dans ce qui devrait être une alliance public-privé en faveur du mieux-être alimentaire du plus grand nombre et de la prévention des MNT, le public ou la communauté de publics sont-ils vraiment les premiers bénéficiaires ?

Depuis 1997, la Communauté française, aujourd'hui rebaptisée Fédération Wallonie-Bruxelles, a adopté le *paradigme de promotion de la santé* pour orienter sa politique et son dispositif de santé. Pour la partie francophone du pays, la FWB –secteur de la promotion de la santé– contribue au PNNS-B à travers le plan attitudes saines, labellisé sous l'appellation «Manger, bouger !».

Pour la décrire brièvement, cette initiative «coupole» veut regrouper et favoriser la diffusion de projets et initiatives existant en FWB, relatifs à la promotion de l'alimentation et de l'activité physique. Sa stratégie de diffusion principale est un site internet à l'adresse des professionnels-relais et des publics (parents, jeunes de moins de 12 ans ou de moins de 18 ans) : <http://mangerbouger.be/>. Le site recense à la fois des acteurs, des initiatives et références pratiques pour la mise en œuvre de projets favorisant le (mieux) «manger/bouger». Il donne notamment accès au «Journal des écoles» (15 éditions à télécharger) qui décrit des initiatives menées en milieu scolaire : aménagement des espaces-temps de repas et collations, gestion (y compris suppression) des distributeurs, ateliers «cuisine» et ateliers «du goût», formation du personnel des cuisines de collectivités, création d'un potager, tri des déchets, sensibilisation à la préservation et la consommation régulière de l'eau, promotion de l'hygiène bucco-dentaire, etc.

Au-delà de «Manger, bouger», qui revêt parfois des allures de florilège d'initiatives, ou d'outil de bonne conscience, comment appréhender les déterminants de l'alimentation dans une perspective de promotion de la santé ? Répondre à cette question passe par quelques mises au point théoriques et historiques...

[18] Voir à ce sujet, par le Conseil Supérieur de Promotion de la santé (2009), Recommandations sur le «partenariat public-privé en matière de promotion de la santé, disponible sur www.sante.cfwb.be/index.php?id=2386

II.2 LA PROMOTION DE LA SANTÉ AU CŒUR DE LA SANTÉ EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

II.2.1 RAPPEL CRITIQUE DES CONCEPTS : SANTÉ, PROMOTION DE LA SANTÉ, DÉTERMINANTS, APPROCHE ÉCOLOGIQUE ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)

La démarche de promotion de la santé prend appui sur une approche globale et positive de la santé, où la santé est appréhendée comme une *ressource*, non comme une fin en soi ou seulement un état à préserver. En FWB, le secteur de promotion de la santé tire son référentiel et ses principes, tant méthodologiques que conceptuels, de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Ce cadre s'est successivement enrichi des chartes et déclarations produites lors des rencontres internationales de Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000), Bangkok (2005). Si la conférence d'Ottawa est l'une des plus 'fondatrices', les rencontres suivantes ont contribué à l'évolution de la promotion de la santé vers une plus grande prise en compte des *facteurs et enjeux environnementaux*, des *approches participatives et citoyennes* (empowerment), et des questions relatives aux *inégalités sociales de santé*.

PROMOTION DE LA SANTÉ : «UN PROCESSUS...

...Qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques». Extrait du Moniteur belge, Décret du 14/07/1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, art. 1er.

SANTÉ/QUALITÉ DE VIE, SANTÉ PLURIELLE ET NON NORMATIVE

La promotion de la santé envisage la santé dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, sociale, économique, spirituelle, environnementale (biosphère), etc. Elle définit la santé comme «la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.» (OMS, 1986).

Cette définition, datée de 1986 déjà, a l'avantage de faire de la santé une notion dynamique (évolutive) et ouverte, qui approche individu et collectivité *en lien* avec leur environnement et la société dans son ensemble. Certains la trouveront trop positive ou empreinte de relents de libéralisme.

Du côté de la santé mentale –certes plus spécifique– Jean Furtos, cofondateur et Directeur scientifique de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP), propose une définition de la santé mentale humaniste, qui laisse notamment place à la souffrance : «*Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte*». Furtos formule encore d'autres jalons, que d'aucuns en promotion de la santé appelleraient «*life skills*» (compétences de vie), il s'agit de : «*la capacité de vivre avec autrui, de rester en lien avec soi-même et de pouvoir investir et créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives.*» (Caspers E., Thomas N., 2011).

Qu'il s'agisse de santé en général ou de santé mentale, il est essentiel d'avoir de l'ambition pour le bien-être des uns et des autres. Il faut cependant éviter que cette ambition collective, institutionnelle ou politique, ne se mue en une pression sur l'individu, tout particulièrement en situation de précarité sociale. D'où l'impérieuse nécessité de *lier responsabilité individuelle et responsabilité collective/politique*, exigences et moyens d'agir.

Une autre idée-clé rappelée par Furtos est le *caractère non normatif de la santé ou de ses manifestations*, perspective qui peut sérieusement questionner celle de la santé publique, de l'épidémiologie ou de la médecine préventive. Dans la rencontre avec leurs publics, qu'ils agissent en prévention ou dans le soin, les professionnels peuvent gagner en efficacité s'ils restent attentifs à l'altérité, l'a-normativité... et *a contrario*, s'ils gardent à l'esprit le caractère artificiel/relatif des normes et standards utilisés pour «mesurer la santé». Souvent formatées par les recherches, modèles et outils importés d'outre-Atlantique, les lunettes des intervenants éclairent souvent les problématiques d'un point de vue «WASP», en référence aux «blancs d'origine anglo-saxonne et protestante qui ont émigré en masse aux États-Unis dès les premières colonies fondatrices, et dont la pensée et le mode de vie furent structurels pour cette nation.»^[19].

Dans la partie I de ce cahier, nous parlions du *caractère contre-productif des normes* (glissant du médical au social) à propos de l'obésité. Cette contre-productivité est sans doute à tenir à l'œil en continu quand on intervient en santé. Remettre l'individu en lien avec le groupe et l'environnement, doit aller de pair avec le mouvement inverse, c'est-à-dire l'attention à la personne et à son unicité/sa singularité. Opérer la rencontre entre acteurs de soins, plus habitués aux approches individuelles, et acteurs de prévention, plus rôdés aux visions collectives, favorise *cet équilibre entre individu et collectivité*. Le DT2M et l'action sur l'alimentation pour le prévenir peuvent favoriser cette rencontre entre (acteurs de) soins et (acteurs de) prévention. À Bruxelles, un projet tel que le Réseau Santé diabète (voir infra) illustre ce type de collaboration ou de mise en réseau.

Les notions de «souffrance» et de «révolte» invoquées par le psychiatre et fondateur de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité, sont importantes. L'approche positive de la santé doit éviter de faire basculer les acteurs (particulièrement en prévention, plus éloignée de la souffrance) dans une sorte d'angélisme ou de sentiment de toute-puissance. Elle ne doit pas non plus éviter –voire effacer– les signes (symptômes) de souffrance individuelle ou sociale, de même que les insatisfactions manifestes... En promotion de la santé, les stratégies de *plaidoyer* (lobbying) et l'appel à la *vigilance* des acteurs mobilisés sur le bien-être, vont dans le sens d'un devoir d'interpellation face aux constats de souffrance ou de situations révoltantes. Enfin, on ne peut ignorer l'énergie et la force contenues dans l'*inclination à la révolte*.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : APPROCHE ÉCOLOGIQUE

«L'amélioration de la santé des Québécoises et des Québécois passe non seulement par l'amélioration des soins de santé, mais surtout par des actions efficaces sur les déterminants de la santé» (Emond A., collab. Gosselin J.-C., collab. Dunnigan L., 2010).

C'est clair, pour le moins dans le berceau de la discipline, la promotion de la santé installe une lecture complexe, faisant interagir la santé avec le contexte spatio-temporel. La santé d'une population ou d'une personne s'expérimente concrètement, en lieux de vie : travail, école, famille, logement, lieux de loisirs, etc. Elle est également influencée par les transformations et les événements historiques. Côté déterminants du DT2M, on pense tout particulièrement aux changements intervenus dans les modes de production et de conservation de l'alimentation, mais aussi à la mécanisation et la tertiarisation du travail qui réduisent l'activité physique, etc.

Cette vision demande une compréhension de ce que l'on nomme *déterminants de la santé*, à savoir : «les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux, qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Ils sont multiples et agissent les uns avec les autres (OMS, 1999). La promotion de la santé cible l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables, non seulement ceux liés aux actions des individus, tels que les comportements en matière de santé et les modes de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, la scolarité, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques. Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé» (Renaud (L.), Lafontaine (G.), 2011).

[19] Voir http://fr.wikipedia.org/wiki/White_Anglo-Saxon_Protestant

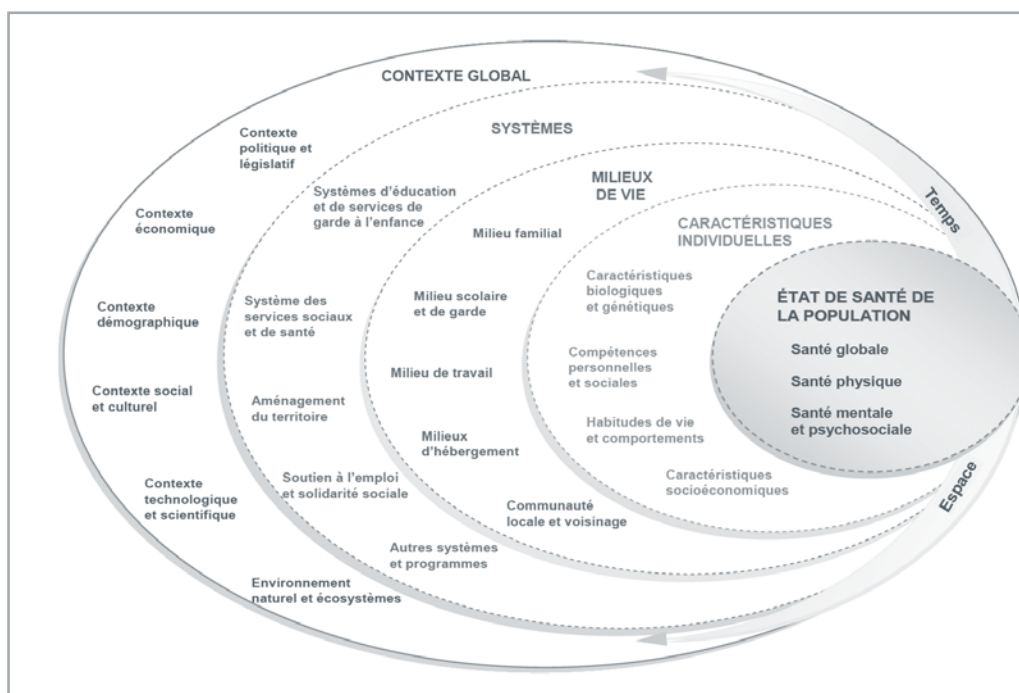


Fig.12 — Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010

L'«*approche écologique*» ou l'«*approche écosystémique*» désignent la même volonté d'analyser les problèmes de santé en plaçant l'être humain au centre des préoccupations (nous soulignons) tout en comprenant les interactions entre la personne et son environnement. Les deux approches se fixent comme objectif d'améliorer de façon durable la santé. Dans les deux approches, les intervenants travaillent avec et pour les personnes (nous soulignons, voir infra sur la participation) dans l'amélioration et le maintien de leur qualité de vie et leur bien-être.» (Renaud (L.), Lafontaine (G.), 2011).

Le «Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants», issu d'une réflexion commune menée sous l'égide du Ministère de la Santé du Québec, offre une vision concentrique très complète des différents facteurs/domaines interagissant avec le bien-être de la population, et impactant son «état de santé» (voir schéma supra).

Ce schéma ovoïde peut être lu de gauche à droite (macro>micro) ou de droite à gauche (micro>macro). Le cercle plein relatif à l'état de santé de la population et ses grandes composantes constitue la finalité des différents acteurs mobilisés. Tout en constituant elle-même un ensemble de déterminants «mesurables» —morbidité, mortalité, incapacité, mesure du bien-être à travers la satisfaction à l'égard de la vie sociale par exemple— la finalité portant sur l'état de santé percole véritablement [...] les quatre autres grands champs de déterminants : 1. caractéristiques individuelles, 2. milieux de vie, 3. systèmes et 4. contexte global. Que dire de chacun de ces champs ?

- **Le «contexte global»** offre le point de vue le plus macro sur les différents déterminants contextuels qui peuvent «déborder» la réalité nationale et le champ d'action d'un état. Si l'on pense à la prévention du diabète, il est évident que le *vieillesse* et la *multiethnicité* qui peuvent caractériser un contexte démographique seront des déterminants importants. De même «l'environnement naturel et les écosystèmes», qui influencent notamment la *qualité de l'alimentation* et la *qualité atmosphérique*... (voir partie I de ce cahier, la pollution constitue un des facteurs de risque du diabète de type 2).
- **Le niveau «systèmes»** porte sur l'organisation nationale/politique/institutionnelle des différents secteurs qui, chacun à sa manière, détermine la santé dans son champ d'action spécifique. À ce niveau, se vérifient en quelque sorte *l'ampleur et la qualité des moyens que se donne un état* pour organiser les secteurs éducatif, social et de santé, de l'aménagement du territoire, de l'emploi, etc. À propos du diabète, on pourrait vérifier comment s'y répercute l'attention à ses facteurs de risque (logique de «lutte»), ainsi qu'aux facteurs favorisant sa prévention (logique de «promotion»), voire facteurs de protection). C'est à ce niveau que se placerait par exemple le *Plan National Nutrition et Santé*.

- **Les «milieux de vie»** sont traversés ponctuellement (voire accidentellement), ou investis plus longuement par les individus et les collectivités. Ils constituent des espaces-temps définis où se vit très concrètement la santé. Au-delà des caractéristiques individuelles, il s'agit certainement du champ le plus tangible pour tout un chacun. On pourra y stimuler très concrètement *l'accès et le recours à une alimentation de qualité*, entre autres éléments favorables à la prévention du surpoids, voire du DT2M. Les projets labellisés «Manger, bouger», mais également nombres d'ateliers santé (orientés vers la cuisine ou la gestion du budget alimentaire) organisés par exemple dans le quartier peuvent illustrer l'action en «milieu scolaire» (promotion de la santé en FWB) et au sein de la «communauté locale» (perspective de cohésion sociale en Régions wallonne et bruxelloise).
- **Les «caractéristiques individuelles»** comptent les déterminants les plus souvent investis, notamment par la médecine préventive et l'éducation à la santé. Pour le DT2M, comme pour d'autres problématiques de santé, les «caractéristiques socio-économiques» et tout particulièrement *l'accès à l'instruction*, sont des leviers fondamentaux (voir partie I de ce cahier). À considérer le point de vue individuel, la notion de *choix* est régulièrement évoquée. Il faut «renforcer la capacité des personnes à faire des choix sains ou adaptés» en matière d'alimentation. Le PNNS-B a d'ailleurs pour vocation essentielle d'informer le public pour ce faire. Le modèle écologique présente l'intérêt de replacer l'individu et ses «choix» dans leur rapport avec les différents niveaux de contexte, du plus global au plus proche. Une fois encore, s'il n'est pas question de lui dénier toute marge de manœuvre ou responsabilité, il faut éviter d'hyper responsabiliser l'individu. L'accès à l'instruction, pour reprendre ce déterminant de la santé transversal, est en effet plus largement déterminé par l'organisation des systèmes d'enseignement et d'éducation, par le milieu scolaire et familial, qu'au seul niveau individuel.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET DES «INÉQUITÉS» EN SANTÉ

Les *Inégalités sociales de santé (ISS)* et leur réduction sont des motifs aujourd'hui récurrents en Santé publique et en Promotion de la santé. Néanmoins, les acteurs –les soignants tout particulièrement– ne reconnaissent pas toujours leur compétence et capacité d'intervention dans ce domaine. Courant 2011, un groupe de travail du Conseil supérieur de Promotion de la santé (FWB) a planché sur la mise en valeur du lien entre promotion de la santé et réduction des ISS-RISS (Conseil Supérieur de Promotion de la santé, 2011). De son côté (Cohésion sociale), la Fondation Roi Baudouin propose un outil «Lentille», permettant aux promoteurs (projets locaux) d'apprécier la capacité de leur démarche à réduire les ISS, voire à ne pas les augmenter^[20] (Bantuelle M., Lisoir H., 2012).

En première partie de ce cahier, l'épidémiologie du DT2M et de l'obésité, tant en Belgique qu'ailleurs dans le monde, montre un lien d'une part entre facteurs socio-économiques, accès à l'éducation, appartenance ethnique (voire genre féminin/masculin pour certains groupes de population), et développement de la pathologie d'autre part. Dans les pays ou dans les situations les plus précaires, ce risque est présent dès la grossesse.

De manière générale, en Belgique, les enquêtes ont montré que «les hommes les plus défavorisés meurent 5 ans plus tôt que ceux ayant un niveau socio-économique plus élevé. Les Belges ayant un niveau d'études faible passent également 18 à 25 années de vie en plus mauvaise condition sanitaire que ceux ayant un niveau d'études élevé» (Fondation Roi Baudouin collab. Asbl Sacopar, collab. Observatoire Wallon de la Santé, 2007).

Considérant le cadre écosystémique des déterminants de la santé, les déterminants sociaux se lisent au niveau individuel («caractéristiques socio-économiques») mais sont déjà produits dans le contexte global. Ils sont également reflétés par les milieux de vie. À cet égard, les professionnels et acteurs présents dans le quartier, en milieu scolaire, dans les hôpitaux ou les services de santé extra-muros (maisons médicales), ne peuvent manquer d'y être attentifs, lorsqu'ils rencontrent, même individuellement, leurs publics. À noter que la recherche relative à la mesure des déterminants socio-économiques, s'est largement raffinée au fil des années. Townsend et Davidson ont ainsi proposé un «index» complexe : «The Townsend Index of Disadvantage and Deprivation^[21]» (Census, 2001).

Comme le montre le modèle «Pathway» de la Commission sur les Déterminants sociaux de la santé (OMS, Genève), élaboré d'après Solar et Irwin (2008), la *distribution de la santé et du bien-être* au sein d'une population est influencée

[20] Voir http://www.inegalitesdesante.be/files/Lentille_ISS_commence.pdf.

[21] Voir <http://www.warwickshireobservatory.org/observatory/observatorywcc.nsf/>

par trois ensembles ou systèmes de déterminants «sociaux» : 1. Ceux liés au contexte politique et socio-économique ; 2. Ceux liés à la position sociale ; 3. Les déterminants sociaux lisibles chez l'individu. La position sociale, qui dépend entre autres de «l'éducation» et de «l'appartenance ethnique», peut être particulièrement significative dans le cas du DT2M et de sa prévention.

La seule manière d'enrayer un processus de *gradient social* (définitions, voir partie I de ce cahier) est de *prendre en compte les besoins et situations particulières* des groupes concernés, et de veiller dès lors à ce que les effets d'un projet soient proportionnellement plus bénéfiques aux groupes socio-économiquement les plus défavorisés. Dans le cas contraire, on risque d'accentuer le différentiel social. Il est cependant important de garder à l'esprit que *tous les individus*, pas seulement les moins favorisés, sont affectés par la corrélation systématique entre santé et social.

Pour tenir compte des ISS dans le champ de l'alimentation et plus particulièrement de la prévention du surpoids et de l'obésité, il faut tenir compte des «spécificités» suivantes que peuvent notamment présenter les publics :

- **Représentations du corps** : une corpulence forte est plus souvent associée à la bonne santé (physique, financière) qu'une corpulence mince/maigre ;
- **Rapport à l'alimentation** : les denrées sont choisies selon leur saveur et leur effet de satiété. Si le budget est réduit, l'alimentation constitue la «variable d'ajustement»... Ces constats expliquent en partie la moindre consommation de fruits et légumes. On peut également voir dans les messages alimentaires diffusés une tendance à l'«healthisme», autrement dit une sorte de 'diktat' de la santé publique avec pour résultat un «lissage des comportements», niant par là même la diversité des valeurs, des réalités de vie et des publics... ;
- **Accès à l'instruction** : un niveau d'instruction moins élevé peut freiner l'accès aux messages (de prévention) écrits. Il est important que les messages/campagnes tiennent compte de la réalité de vie des publics et s'y ancrent. Ils peuvent certes délivrer des recommandations (manger/bouger !), mais doivent également indiquer les ressources de l'environnement (infrastructures, acteurs associatifs, professionnels de santé, etc.) qui facilitent leur mise en œuvre ;
- **Moindre accès à une alimentation diversifiée en lieux de vie** : les quartiers plus précarisés sont aussi les moins bien pourvus en matière de diversité alimentaire (commerces, restauration, marchés). Souvent, c'est aussi dans ces quartiers que l'on trouve de nombreux snacks ou autres «dépanneurs» (night shops), dont l'offre est non seulement peu qualitative et, paradoxalement, assez coûteuse. La pénurie alimentaire vécue dans certains quartiers (ex. Coin des cerises, Neder-Over-Hembeek) peut aussi se combiner avec le manque de transports collectifs, ce qui complique encore l'accès à une alimentation diversifiée ;
- **Moindre accès et moindre recours aux services et professionnels de santé** : du généraliste au spécialiste, le recours aux professionnels est moins rapide en milieu défavorisé. C'est certes une question de valeurs et de priorités –on ne consulte qu'en cas de maladie ou souffrance grave– mais cela s'explique également par une distribution inéquitable des services et professionnels de santé sur un territoire, *a fortiori* s'il s'agit de spécialistes (nutritionnistes, diététiciens). Effet visible de ce processus, bien souvent, un taux altéré de glucose (TAG), voir un diabète de type 2, est décelé lors d'une hospitalisation. C'est donc à partir de l'hôpital et de l'impératif de soins que l'utilisateur va «conscientiser» la santé et ses enjeux... conditions peu propices à renforcer chez la personne le «pouvoir d'agir sur sa santé».

Dans le cadre du consortium d'acteurs «Determine» (Consortium Determine, David V. McQueen, Président, 2008), réuni à l'échelle de l'Union Européenne, on insiste sur la *responsabilité conjointe des gouvernements et des professionnels*. Une fois encore, les initiatives de lutte contre les ISS dépassent largement le secteur de la santé.

Determine recommande notamment aux **gouvernements** :

- La mise en œuvre d'*approches intergouvernementales* autour de «la lutte contre la pauvreté» ; «l'intégration sociale» ; ou du «développement durable» ;

- Que les *Ministères et décideurs de la santé* aient un rôle actif, voire proactif dans le développement et l'animation de ces approches intergouvernementales. En FWB, le secteur de la promotion de la santé pourrait par exemple prétendre à ce rôle de « médiateur » entre les différents secteurs gérés par la fédération ;
- Qu'un *lien-santé* soit établi pour les stratégies adoptées dans les secteurs de l'Éducation/l'Enseignement, l'Emploi/La Sécurité sociale, l'Économie, l'Environnement, le Logement ou encore le Tourisme ;
- Que les liens entre santé et développement socio-économique soient clairement documentés, via par exemple des *dynamiques de consultations formelles ou informelles*. En Belgique par exemple, le Rapport général sur la Pauvreté, publié tous les deux ans, est basé sur des consultations auprès de groupes défavorisés^[22]. En 2011-2012, il axait particulièrement ses constats et recommandations sur les questions du logement (accès/droit au logement, formes de logement alternatif) et de l'aide à la jeunesse ;
- L'octroi de *ressources* adaptées aux opérateurs actifs dans le champ de la RISS ;
- Qu'il soit procédé à des *évaluations de l'impact sanitaire (EIS)*, pour vérifier l'impact sur la santé de la mise en œuvre des politiques menées (y inclus hors secteur santé).

Côté stratégies d'action et pratiques de terrain, à l'adresse des **professionnels**, *Determine* évoque les approches novatrices suivantes (09/2008) :

- *Les partenariats entre secteurs public et privé*. En FWB, des balises existent quant aux conditions de ce partenariat. Les objectifs du projet qui lient organismes publics et privés doivent par exemple rester sous le contrôle public. Nous y reviendrons à propos de l'approche écologique de l'alimentation (cf. infra). En FWB, le CSPS a également mis l'accent, dans sa réflexion en matière de RISS, sur la nécessité de « préserver, voire renforcer l'*universalité des offres de santé* sur le continuum des soins à la promotion de la santé ». Il est important de le rappeler en ces temps de privatisation ou d'immixtion grandissante de l'économie (finalités, stratégies de management) dans la plupart des secteurs de la société ;
- *Le marketing social* pour susciter un changement comportemental (y compris chez les décideurs) ou découvrir, et ensuite mieux rencontrer, les aspirations d'un public ;
- *L'empowerment*. Certains critiquent cependant ce qu'ils nomment les « nouvelles technologies de soi » conduisant à une hyper responsabilisation de l'individu et une maximalisation des seules compétences individuelles, utilisées notamment dans le cadre de la lutte contre l'obésité ;
- *Les techniques participatives*. De longue date, éducation pour la santé et promotion de la santé, inspirées des pédagogies actives/par le vécu/du chef-d'oeuvre, mettent en évidence l'intérêt des approches actives. La notion d'empowerment (supra) peut d'ailleurs être vue comme un raffinement de cet intérêt. Cependant, la participation ne va pas de soi, et peut recouvrir des intensités différentes qui ne garantissent pas une posture identique vis-à-vis du public « bénéficiaire » et de la santé. Ardoino apporte ici un éclairage utile en distinguant 3 statuts octroyés au public en fonction du degré de participation : 1. Agent ; 2. Acteur ; 3. Auteur (Ardoino cité par Hocquard A., 1996). Nous n'en aurons pas l'occasion ici. Il serait toutefois intéressant, dans le cas du diabète ou de toute autre MNT, d'examiner en quoi cette conception éclaire la relation rarement symétrique entre patient et soignant.
- *Les approches basées sur la communauté*. Articulant action sur la santé et la cohésion sociale, les approches communautaires ou de « développement communautaire » ont également fait leur preuve en promotion de la santé et en éducation thérapeutique. Dans une perspective de RISS, elles permettent de renforcer les compétences de vie (« life skills »), tout en agissant sur le statut social d'une personne/d'un groupe, en provoquant des modifications dans l'environnement physique et structurel. Dans le domaine spécifique du DT2M (prévention et soins), tout particulièrement dans des contextes de large diversité culturelle et sociale, elles ont démontré une grande (promesse d') efficacité (voir l'initiative « Reach » aux E-U). Elles favorisent de surcroît la collaboration entre acteurs de prévention et de soins, confondus dans la communauté. Nous y reviendrons plus loin, lors de la présentation d'approches/projets exemplaires.

[22] Voir <http://www.luttepauvrete.be/rapportbisannuel6.htm>

En mai 2009, peu de temps après la «Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé» (17,18 et 19/11/2008 à Québec^[23]), Éducation Santé consacrait un numéro spécial à la question (Éducation Santé, mai 2009). Le périodique du secteur balaye quelques-unes des interventions-clés de la Rencontre, assorties d'une bibliographie produite en partie par le REFIPS. La lecture de deux articles déclinant la RISS dans le cadre de la petite enfance et du milieu scolaire (pp8-12), nuancent et renforcent les recommandations de Determine ou de l'initiative de l'OMS, «Closing the gap», dont Determine constitue le suivi. De telles nuances sont, à notre sens, tout aussi applicables au DT2M. Une fois de plus, l'accent est mis sur le processus transversal de RISS, et non sur la thématique de la santé en particulier.

Ginette Paquet (Ph. D), de l'Institut national de Santé publique du Québec, attire l'attention sur des éléments-clés à intégrer dans les plans et politiques :

- La nécessité de différencier «déterminants» et «déterminisme». Rappelons ici que l'on peut éviter ou réduire l'incidence négative des déterminants (sociaux) de la santé, cela demande «simplement» de mobiliser d'autres niveaux d'intervention (que seul le biomédical et la «santé-soins») ;
- La mise en évidence indispensable des «facteurs de protection». Pour le DT2M comme pour d'autres thématiques, il est donc nécessaire de dépasser la question des facteurs de risque, en plus de prôner une vision plus «meso» et «macro». Nous y reviendrons à propos de l'approche écologique de l'alimentation (cf. infra) ;
- La nécessité d'effectuer la synthèse bio-psycho-sociale des facteurs de développement de l'enfant. Vu l'importance que revêt la santé périnatale et de la mère (cf. facteurs déterminant le bien-être nutritionnel) dans le développement du DT2M, une telle synthèse favoriserait une approche précoce et continue favorable à la prévention de cette MNT ;
- L'intérêt présenté par l'implantation de programmes de santé publique soutenant le développement global des jeunes enfants.

Autre article d'intérêt pour les professionnels de terrain, qui œuvrent en première et deuxième lignes sur la prévention (et le soin) du DT2M, celui de Lyne Arcand (MD), de l'Institut national de Santé publique du Québec. Il concerne le milieu scolaire et pointe toutefois des questions transférables dans le champ du DT2M. Nous les reprenons en guise de mémo.

AGIR EN MILIEUX FRAGILISÉS : DES QUESTIONS À SE POSER POUR «NE PAS NUIRE»

- Les actions tiennent-elles compte des besoins différenciés et diversifiés des publics visés, par exemple l'ethnicité, le sexe, les réalités socio-économiques, les réalités culturelles, les représentations de la santé (de la corpulence et de l'alimentation) ?
- Comment la stigmatisation est-elle évitée ? Surtout si on prend comme principe que «[...] la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours –même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble– une aggravation des écarts». (Didier Fassin cité par Florence Condroyer, in «Associer les populations à la conception des messages de

prévention», La Santé de l'Homme, n°402, juillet-août 2009, p 27)

- Comment les interventions favorisant le développement de compétences individuelles («life skills» et «health literacy»), portant sur l'alimentation par exemple, se combinent-elles avec des actions permettant d'atteindre d'autres déterminants de la santé ? Envisage-t-on des mesures sur les milieux de vie (domicile, quartier, lieu de travail) permettant aux publics de réinvestir les compétences individuelles qu'ils ont développées par ailleurs ?
- Favorise-t-on l'implication des personnes dans les décisions qui les concernent (participation, cf. supra) ?
- Inscrit-on les actions de prévention (de soins) dans une stratégie d'intervention intersectorielle (éducation, social, aménagement du territoire, etc.) plus large ?

[23] Voir www.inspq.qc.ca/jasp/

DT2M, PROMOTION DE LA SANTÉ ET RISS : À RETENIR AVANT D'AGIR...

- Les instances internationales désignent la *promotion de la santé* pour prévenir les MNT, en ce inclus le diabète.
- La stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation et l'activité physique renvoie également au paradigme de promotion de la santé et à l'approche des déterminants de la santé.
- La traduction «nationale» de la stratégie mondiale pour l'alimentation et l'activité physique, portée notamment par le PNNS-B, n'exploite que trop partiellement le regard, les leviers et principes d'intervention indiqués par la promotion de la santé et l'approche écologique de la santé. Favoriser l'accès à une alimentation diversifiée, prendre en compte les ISS, et cadrer l'action de certaines multinationales agroalimentaires, sont des exemples de leviers environnementaux peu mobilisés par le PNNS en Belgique.
- La promotion de la santé est un cadre pertinent tant qu'il maintient l'*équilibre* entre approche individuelle (soins inclus) et collective, action sur les moyens (financiers/structurels) et les compétences personnelles («life skills»). Dans son approche écologique de la santé, la promotion de la santé gagne sans doute à laisser une place à la *souffrance*, tant par humilité, volonté d'inclusion des publics (qu'ils soient en bonne ou mauvaise santé), que pour soutenir authentiquement la revendication au mieux-être collectif et favoriser la collaboration avec les acteurs curatifs.
- L'approche écologique ou écosystémique de la santé permet, dans le cas du DT2M, de l'alimentation, ou pour toute autre problématique de santé, d'identifier et de structurer de nombreux *déterminants* comme autant de leviers d'action possibles.
- Appliquée aux questions du DT2M et de l'alimentation, la promotion de la santé doit donc orienter attention et action vers de *multiples cibles agissant sur la santé/le bien-être*, à savoir :
 - *Le contexte démographique* : la chute de la natalité couplée à l'augmentation de l'espérance de vie de nos populations impose la prise en compte de la question du vieillissement. Une question aux multiples facettes qui appelle à la vigilance quant à l'expansion des MNT dont le DT2M, et par conséquent, quant à la nécessité impérieuse d'agir en prévention ;
 - *Le contexte culturel* : la diversité des cultures et positionnements sociaux doit être prise en compte. Dans le cas contraire, le risque est grand de créer/renforcer la fragilité des groupes minoritaires ou minorisés, par exemple en ce qui regarde l'accès aux messages et actions de prévention (PNNS-B), l'accès à l'alimentation et tout ce que cela implique (qualité des aliments, moyens de les conserver et de les cuisiner), et l'accès aux soins. Comment/quand on se représente la santé, avant/pendant/après les actes curatifs, est également tributaire de la condition sociale. La question de la diversité sera particulièrement abordée dans la partie III de ce document ;
 - *L'environnement naturel et les écosystèmes* : la variété alimentaire et l'accès à des produits locaux de qualité doivent être préservés. Quitte, pour ce faire, à passer par des stratégies de plaidoyer et de régulation vis-à-vis des lobbies agroalimentaires. Une entreprise de «rééquilibrage des forces» particulièrement illustrée par les activités de l'association Oxfam ;
 - *Le contexte économique* : la répartition inéquitable des ressources –en ce compris éducatives– a un impact direct sur l'accès au bien-être, tant en amont qu'en aval d'une pathologie chronique telle que le DT2M. Obésité et surpoids sont par exemple des problématiques plus courantes chez les populations socio-économiquement défavorisées ;
 - *Les systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance* : l'accès à l'instruction (et le maintien de cet accès), qui conditionne aussi la position sociale, est un déterminant important du DT2M et de l'un de ses facteurs de risque majeurs, à savoir l'obésité ;
 - *L'offre alimentaire au sein des différents milieux de vie* : (on pourrait en dire autant des infrastructures favorisant l'activité physique) elle doit faire l'objet d'une politique cohérente, visible nationalement et localement (cf. lien entre les niveaux «systèmes» et «milieux de vie» du schéma sur les déterminants). Elle doit tenir compte des spécificités des publics fragilisés ou en situation de précarité ;
 - *La lecture des caractéristiques individuelles et l'observation de l'état de santé de la population* : tant pour le DT2M que pour l'obésité ou l'alimentation, cette lecture ne peut être déliée d'une approche des contextes et milieux de vie qui font de l'individu et de son état de santé des «produits/résultats».
- Intersectorialité, lutte transversale et concertée contre le gradient social, empowerment, stratégies participatives et renforcement communautaire : une grande cohérence existe entre stratégies recommandées pour réduire les ISS, et stratégies de promotion du bien-être. Si l'on fait le lien avec l'importance du gradient social dans les questions du DT2M ou de l'obésité, **doit-on encore douter de l'opportunité de recourir aux modèles et approches de promotion de la santé ?**

II.2.2 APPROCHE ÉCOLOGIQUE DE L'ALIMENTATION : TENTATIVE DE MODÉLISATION

PETIT DÉTOUR PAR L'OBÉSITÉ : LE MODÈLE «ANGELO»

En 1999 déjà, un article de Swinburn (B), Egger (G) et Raza (F) (Revue de Médecine Préventive américaine), présentant un cadre d'analyse complexe pour l'obésité (modèle Angelo), insistait sur le succès limité des approches éducatives, comportementalistes et pharmaceutiques. «Celles-ci apparaissent comme nécessaires mais non suffisantes pour réduire l'obésité car les individus luttent contre des environnements qui promeuvent toujours davantage une consommation énergétique importante et des comportements sédentaires^[24]. Le défi est de créer des environnements qui soutiennent/facilitent la réalisation des choix sains proposés par les messages éducatifs» (Swinburn B., Egger G., Raza F., 1999, p 563, nous traduisons et soulignons).

Si cet article, tout comme le modèle Angelo (ANalysis Grid for Environments Linked to Obesity) qu'il défend, ont été développés dans le cadre de réflexions et recherches-actions internationales relatives à l'obésité, ils sont –moyennant renversement positif– tout à fait pertinents pour *éclairer la question de l'alimentation à l'aune de la complexité*.

Swinburn *et al.* proposent une «*approche écologique de l'obésité*», en s'appuyant sur une modélisation qui formalise l'interdépendance entre les individus, leur santé et l'environnement. Leur «modèle écologique de l'obésité» intègre les influences de la biologie, des comportements et de l'environnement. Il s'arrête particulièrement sur la dimension environnementale, constatant qu'elle a jusqu'ici été peu exploitée pour aborder l'obésité. Les auteurs énoncent d'entrée de jeu quelques avantages de l'approche environnementale/écologique :

- la possibilité d'atteindre largement les publics, y compris ceux qui sont les plus difficiles à rencontrer (ex : publics fragilisés) ;
- la réduction des coûts liés à des approches strictement individuelles ;
- la durabilité des effets, dès lors que l'on modifie l'environnement des populations ;
- la possibilité d'éviter les approches par trop frontales, de même que la démultiplication des messages de santé et/ou portant sur l'alimentation (trop d'infos tue l'info, cf. anomie alimentaire/ «infobésité»). Dans ce cas précis, on sait qu'ils peuvent également être à l'origine de ou renforcer les désordres alimentaires (centration sur la nourriture) ;
- la complémentarité avec les approches individuelles.

Nous reproduisons ci-après le *modèle Angelo* finalisé par Kumanyika (S), Ritenbaugh (C), Morabia (A), Jefferey (R), et Antipatis (VJ). Ce cadre de référence a été adopté par l'International Obesity Task Force^[25]. La méthodologie qui a présidé à son élaboration a notamment impliqué la définition de différents niveaux (micro/macro) et types d'environnement. Il est important de lire les différents facteurs listés dans Angelo, de l'international au local, avec cette approche complexe de l'environnement des individus.

[24] Cette dernière réalité est tant le fait de l'environnement physique (moins d'espaces verts par exemple), que la conséquence de l'environnement socio-économique : le stress professionnel ou les incertitudes liées aux crises économiques. La nourriture peut alors apporter réconfort et calmer les manques, voire aussi constituer une réponse à l'ennui (incapacité à créer).

[25] Voir www.ioft.org

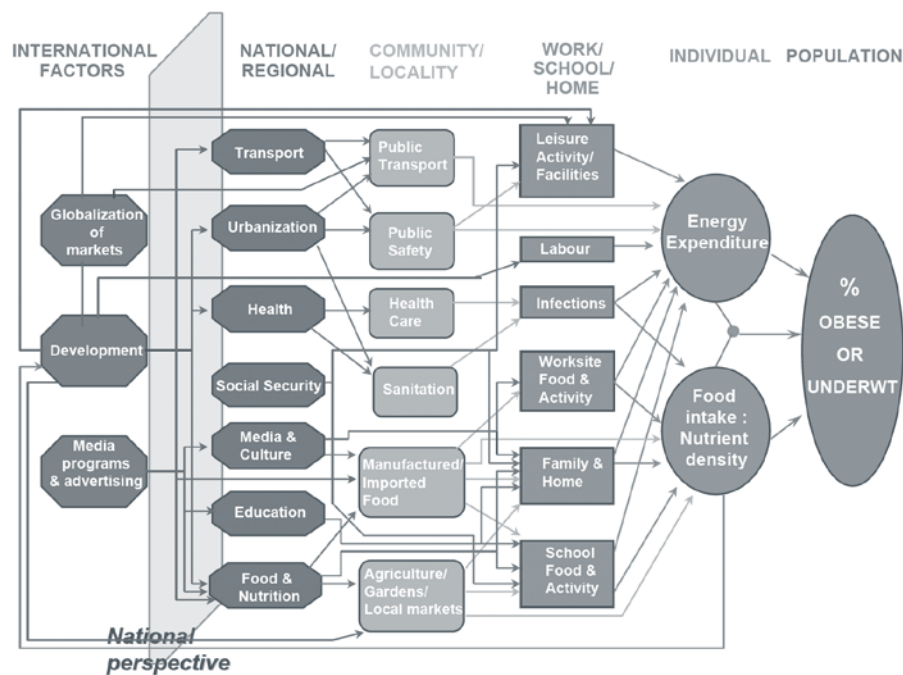


Fig.13 — Modèle Angelo

International Obesity Task Force adapté de Kumanyika S. et al. 2002

QUELQUES CLÉS DE LECTURE DU MODÈLE ANGELO, AVEC UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À LA QUESTION DE L'ALIMENTATION

1. **L'activité physique et l'alimentation** constituent les deux médiateurs, à travers lesquels doivent se lire les caractéristiques et composantes de l'environnement, et via lesquels sont visualisés les effets de l'environnement sur les niveaux d'adiposité du corps. L'obésité est bien une «résultante» qui possède de multiples déterminants s'associant selon une combinatoire complexe.
2. Le modèle distingue **deux tailles d'environnement** : les lieux de vie «micro» et les secteurs «macro-environnementaux» :
 - Les lieux de vie sont des espaces où les personnes se rassemblent pour des raisons qui impliquent notamment la nourriture, l'activité physique et bien souvent les deux. Ils sont petits, géographiquement distincts et potentiellement influencés par les individus. Citons la famille, le quartier, la cantine scolaire ou celle du lieu de travail, les snacks, etc.
 - Par ailleurs, les secteurs «macro», en relation avec l'obésité, correspondent à des groupes d'industries de services, ou des infrastructures qui influencent la production^[26] et la consommation de nourriture et/ou l'activité physique en lieux de vie. On pense par exemple aux réseaux de grandes surfaces, avant cela au nombre réduit de groupes agroalimentaires (qui ne limitent d'ailleurs pas leur activité à l'alimentation), ou aux organisations commerciales qui chapeautent la restauration collective. Ils sont généralement hors du contrôle des individus, vu leur taille et les objectifs essentiellement marchands qui les animent. Leur influence est réelle mais plus diffuse, des mesures politiques et législatives peuvent les atteindre. On pense à la régulation des coûts et des modes de production/diffusion des denrées, à l'obligation d'informer les consommateurs sur les composantes et valeurs nutritionnelles des aliments, à la régulation de la distribution et de la publicité, etc. (voir infra, l'environnement de type politique). Si l'on croise la préoccupation alimentaire avec celle des ISS, au niveau macro et face à l'hégémonie des grands groupes et de l'économie, sont apparues

[26] Couplée avec l'hygiénisme qui caractérise les habitudes de vie des pays dits développés depuis la fin du 19ème siècle, la production se fait dans des proportions décuplées, sans pour autant que cela ne bénéficie au plus grand nombre (un autre mirage de l'économie mis en pièces) avec le gaspillage et la démultiplication des déchets comme déplorables conséquences...

récemment des *alternatives alimentaires*. D'abord initiées individuellement, elles se collectivisent peu à peu grâce aux technologies de l'information et de la communication... Nous pensons ici au «glanage moderne», qui consiste à récupérer les produits laissés sur place dans les marchés, voire dans les poubelles de grandes surfaces (César C., 2009). Paradoxalement, en procédant de la sorte, le glaneur se met régulièrement hors-la-loi car «le glanage n'est pas pris en compte par le législateur», et ce qui prévaut semble être la sécurité et une certaine vision de «l'ordre public». Autre alternative alimentaire qui a le vent en poupe, les AMAP ou *Associations pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne*. Celles-ci se développent un peu partout en Europe et reposent sur la rencontre et la collaboration entre des consommateurs et des producteurs locaux. L'intérêt de ce type de démarche réside notamment dans son caractère collectif et structuré (réseau)^[27].

3. Les types d'environnement sont particulièrement décrits dans Angelo.

- *L'environnement physique* ne renvoie pas seulement à des éléments tangibles, mais aussi à la disponibilité des ressources de formation, à des expertises en matière d'alimentation, des innovations technologiques, de l'information, etc. L'environnement physique comprendra par exemple ce qui est à trouver dans des restaurants, des supermarchés, des distributeurs, des écoles, des lieux de travail, des sources d'infos sur les achats (labels nutritionnels, démonstrations de produits, etc.), mais aussi la disponibilité des compétences alimentaires (chef coq, conseiller en nutrition, formation pour les responsables de cantines scolaires, etc.).
- *L'environnement économique* renvoie aux coûts relatifs à l'alimentation et l'activité physique. Ils sont déterminés par les lois du marché, cependant les pouvoirs publics peuvent les réguler de différentes manières : par des taxes ou subsides dissuasifs/incitatifs, en soutenant financièrement les programmes de promotion de la santé, en faisant sponsoriser des pratiques et politiques encourageant les modes de vie sains (cf. PNNS-B, «Manger, bouger», «Les midis à l'école», etc.). L'environnement économique peut aussi être appréhendé en termes de revenus.
- *L'environnement politique* renvoie aux cadres portant sur l'alimentation et l'activité physique. Il inclut les lois, réglementations, politiques (formelles et informelles) et règlements institutionnels. Un élément important de cet environnement est par exemple la régulation de la publicité alimentaire à destination des publics jeunes. Dans le lieu de vie «famille», il existe également des règles quant aux achats et à la consommation alimentaire ; l'environnement socioculturel réfère aux valeurs, attitudes ou croyances d'une communauté/société quant à l'alimentation et l'activité physique. Elles sont déterminées par le genre, l'âge, l'ethnicité, les traditions, la religion, les affiliations et influencent fortement les membres d'une communauté... Sur le plan macro, les mass médias peuvent influencer cet environnement socioculturel. Alors qu'à l'école (lieu de vie micro), on parle de l'influence du climat ou des valeurs scolaires.

RESTER À TABLE : DE LA PRÉVENTION DU DT2M À LA PROMOTION DU «BIEN-MANGER»

Angelo ouvre des voies jusqu'ici insuffisamment explorées. Dans ce cahier, nous y retenons particulièrement les développements liés à l'alimentation. Le modèle Angelo développe et spécifie les déterminants de l'obésité sous l'angle environnemental. La notion d'environnement est raffinée (taille, fonctions, types) pour permettre à un grand nombre d'acteurs, dans différents secteurs de la vie humaine, de prendre leur part dans un programme de réduction de l'obésité. Il distingue le couple paradoxal leptogénique/obésogénique. «Leptogénique» qualifie un environnement qui encourage l'équilibre pondéral.

Pour favoriser le passage d'une approche basée sur les facteurs de risque à une approche attentive aux *facteurs de protection*, nous proposons une relecture du modèle Angelo. En nous inspirant des travaux du groupe PHAPO de l'IOFT, nous mettrons en évidence les facteurs favorisant une alimentation adaptée au départ de la catégorisation d'Angelo. Les catégories de facteurs intervenant individuellement ont été complétées à l'aide de l'approche écologique de la santé et du modèle «Pathway».

[27] Plus d'informations sur le cadre et les résultats de cette active coopération entre «usagers/consommateurs» et professionnels de l'agriculture peuvent être trouvées sur : <http://www.reseau-amap.org/amap.php>

- [28] Voir notamment Gedrich K., 2003.
- [29] «La souveraineté alimentaire est le droit d'une communauté, d'une population et de son État (ou d'un groupement d'États) de définir eux-mêmes leurs politiques alimentaires et agricoles, mais sans pour autant compromettre les politiques d'autrui (comme c'est le cas avec le 'dumping' : la vente en dessous du coût de production). Ce droit implique la capacité d'un pays, peuple ou communauté à réaliser la sécurité alimentaire par un mode de production, d'exportation et d'importation adapté et librement choisi. Les organisations paysannes doivent être reconnues comme des partenaires à part entière dans l'élaboration de ces politiques alimentaires et agricoles». (<http://www.oxfamsof.be/fr/Agriculture-familiale-et-securite.html>)
- [30] <http://www.greenpeace.org/eu-unit/en/Publications/2010/GMO-cookbook/>
- [31] Si le diabète est génétiquement marqué, on n'a pas identifié de gènes en relation avec des préférences alimentaires.
- [32] «Vivre c'est métaboliser», paradoxal cependant : la biologie définit des besoins alimentaires sans toutefois restreindre les choix alimentaires.
- [33] Les sociologues Claude Fisher et Estelle Masson rappellent que «nous sommes issus d'une sélection naturelle qui a favorisé ceux qui étaient le plus capables de faire face aux pénuries cycliques, ceux qui avaient une certaine capacité à faire (sous forme de tissus adipeux) des réserves pour les mauvais jours. Cet avantage peut devenir, en pays de cognac, un véritable handicap.» (Fisher C., Masson E., 2008).
- [34] La notion de sous-alimentation quantitative signifie que l'on absorbe moins de 1720 à 1960 Kcal/jour (Vannoppen J. (Vredeseilanden) et Kesteloot T., (Oxfam-Solidarité), 2005).
- [35] L'acculturation alimentaire... Définie par Berry (1989) comme un processus par lequel un groupe ethnoculturel se voit imposer, souvent par un groupe ethno-culturel dominant, un nouveau système de valeurs et de comportements. C'est un processus qui sous-entend un partage et un échange entre les deux cultures. L'acculturation alimentaire renvoie donc au fait que des individus «migrants» développent de nouvelles habitudes alimentaires, par le rejet de certains aliments ou habitudes alimentaires du pays d'origine, et l'adoption de nouveaux aliments et habitudes alimentaires du pays d'accueil.

MACRO >>>

ENVIRONNEMENT INTERNATIONAL

Globalisation des marchés :

- régulation du coût des denrées par les pouvoirs publics et instances internationales (prise en compte des effets sur le bien-être/ la santé)
- protection et stimulation des producteurs/ filières locales agroalimentaires : agriculture familiale et respect de la souveraineté alimentaire^[29]
- politiques relatives à la libre circulation des semences, la limitation des OGM et la lutte contre les monopoles des corporations agroalimentaires^[30]
- taxes sur les aliments «peu favorables» à la santé (ex : énergétiques et gras)
- réductions de taxes sur les aliments plus «favorables» à la santé (ex : fruits et légumes)
- informations claires aux consommateurs sur la plus-value nutritionnelle, les allergies, etc.
- promotion des aliments de saison, en partenariat avec les producteurs locaux
- régulations du «jeu sur» les dates limites de consommation-DLC et dates limites d'utilisation optimale-DLUO
- sponsoring régulé (cf. Charte public-privé) des programmes favorables à une alimentation saine pour tous

Développement :

- promotion des modes écologiques de production et de diffusion de l'alimentation : cahier des charges «bio», agriculture durable et éthique, marchés et producteurs locaux, épiceries solidaires, etc.
- soutien à la diversification des modes de production d'aliments
- soutien aux programmes d'aide alimentaire, amélioration de l'offre alimentaire «sociale» (riche en micronutriments, pauvre en sucre et gras)
- régulation des «alternatives alimentaires» (glanage) dans l'intérêt des usagers/groupes d'usagers fragilisés

Programmes médiatiques et publicité :

- campagnes de prévention ou de soutien alimentaires au service des initiatives locales (bottom up) et non l'inverse (top down)
- cible= la lutte contre la précarité (alimentaire), davantage que la mise en évidence (stigmatisante) des prises de risque individuelles
- programmes de prévention portant sur l'alimentation (contenus et méthodes) réalisés avec les publics, en ce compris les plus fragilisés
- publicité sur les ressources généralistes et spécialisées de proximité pour la prise en charge précoce du surpoids et de l'obésité (médecin généraliste, diététicien/nutritionniste, services des mutualités, maisons médicales, etc.).

POUR PRODUIRE DES

ENVIRONNEMENT NATIONAL / RÉGIONAL

(Politique de) Transport :

investissement dans des formes de transport durables, au détriment des transports motorisés, y compris pour le transport de l'alimentation

Urbanisation :

- promotion des agricultures locales et préservation des espaces (collectifs ou individuels) à cet effet (>< tout au construit/bâti)
- visualisation, dans l'espace urbain des «recommandations» des programmes de nutrition reconnus, et des moyens de les mettre en œuvre (où trouver les aliments et les ressources ?)
- dynamisation et promotion du maintien ou de l'installation en milieu rural

Santé :

- pérennisation des programmes et dispositifs favorisant une approche intégrée de l'alimentation, tout au long de la vie (ex : maisons médicales au forfait, programmes de santé scolaire)

Sécurité sociale :

- accroissement de l'investissement des mutualités dans les programmes/démarches de prévention sur l'alimentation : diffusion médiatique et de proximité rencontres locales, animations en lieux de vie, incitants financiers individuels, etc.

Médias et culture :

- régulation du marketing et de la publicité alimentaires, en ce compris la publicité indirecte (sponsoring), notamment à destination des jeunes
- réduction de la publicité favorisant la sur-consommation de nourriture et boissons
- promotion d'une culture «santé», favorisant notamment une alimentation saine, via la télévision, les bannières sur Internet, et les médias grand public

Instruction :

- programmes favorisant le développement des compétences alimentaires (jeunes, publics fragilisés, etc.) : connaissances des aliments, savoir-faire culinaire, modes de conservation etc.
- encouragement, via concours, primes, d'habitudes alimentaires saines (parents, jeunes, publics fragilisés, patients) et respectueuses de l'environnement (ex : légumes de saison)

Nourriture et nutrition :

- amélioration de la qualité nutritionnelle de la restauration collective («catering»), par exemple en introduisant un système de récompense (oscar) pour la préparation, la conservation ou la promotion d'une alimentation saine
- amélioration générale de la qualité nutritionnelle (moins de graisse et de sel, plus de nutriments) des aliments produits, distribués et promotionnés
- soutien aux choix alimentaires «éclairés», en garantissant des informations claires et non trompeuses sur le contenu et la qualité nutritionnelle des aliments, en facilitant l'accès (contrôle des coûts, disponibilités) à une alimentation variée, etc.

ENVIRONNEMENTS LEPTOGÉNIQUES !

<<< MICRO

ENVIR. LOCAL/COMMUNAUTÉ

Transports publics :

développement d'une politique de transports (collectifs) durables

Sécurité publique :

– amélioration de la sécurité dans les quartiers pour favoriser tant la fréquentation des parcs publics (activité physique), que l'approvisionnement alimentaire.

Sécurité alimentaire :

– attention à la précarité alimentaire^[34] et développement de stratégies propres à y répondre : agriculture familiale, épiceries sociales, achats collectifs, etc.
– accès aux infrastructures et matériel favorisant la conservation des aliments
– traçabilité des aliments et capacité de réaction du système alimentaire (état et marchands) en cas de « crise ».

Soins de santé :

– promotion et accessibilité des interventions de santé avant le développement de l'obésité, par exemple via la formation des professionnels de première ligne : médecins, soignants, acteurs associatifs, etc.
– accès à des programmes d'éducation alimentaire efficaces pour les patients (cf. en lien avec retour en lieux de vie)

Équipements publics :

– accès pour tous à l'eau potable gratuite
– disponibilité des équipements culinaires et de conservation de l'alimentation dans les différents lieux de vie
– mise à disposition d'une alimentation de qualité et diversifiée dans les distributeurs automatiques (cf. produits équitables, produits frais, etc.)

Nourriture importée et manufacturée :

– attention à la qualité, la traçabilité, et l'empreinte écologique réduite des aliments importés
– généralisation des pratiques et labels éthiques/biologiques/durables pour les aliments importés, et attention à l'accessibilité de ces labels pour les « petits » producteurs
– réduction de la quantité d'emballages dans l'alimentation
– plaider en faveur de la mise à disposition systématique de réserves alimentaires (pas que surplus) pour les groupes plus défavorisés

Agriculture/jardins/marchés locaux :

– maintien ou mise en place de jardins/potagers communautaires et de coopératives alimentaires
– stimulation de la production et consommation de denrées locales, par exemple via les AMAP
– encouragement à la présence diversifiée des commerces alimentaires/restaurants de proximité, par les pouvoirs locaux notamment

LIEUX DE VIE

Infrastructures d'activités de loisirs :

– qualité nutritionnelle des aliments disponibles sur les lieux de loisirs
– mise à disposition gratuite d'eau potable

Travail :

– organisation des espaces-temps de travail favorables à une alimentation saine : cantine conviviale, aliments attractifs, temps de pause adaptés, etc.

Tous lieux de vie :

– une simple grippe affecte la perception des aliments et peut donc modifier (ponctuellement) l'appétit, les affinités alimentaires, etc.
– pratiques d'hygiène et sécurité alimentaires dans la communauté : lavage des mains^[36], conservation et traçabilité des aliments, etc.
– attention à l'excès d'hygiène qui peut être à l'origine de réactions auto-immunes (voir causes hypothétiques du DT1)

Alimentation sur le lieu de travail :

– amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments disponibles dans les cantines
– accessibilité (financière) des denrées de qualité sur le lieu de travail

Famille / domicile :

– développement des compétences alimentaires : connaissance des aliments et compétences culinaires
– culture alimentaire familiale/rapport à l'alimentation favorable à la santé : consommation de fruits et légumes, huile d'olive, poissons, pratiques de commensalité^[39], etc.

École :

– possibilités attractives de se restaurer sainement à l'école, aménagement des temps de pause (voire du rythme scolaire) à cet effet -les repas scolaires respectent des standards nutritionnels et écologiques (ex : fruits de saison)
– introduction de l'alimentation dans le curriculum formel, avec possibilités d'ateliers pratiques
– offre alimentaire saine lors d'événements festifs, avec possibilités de collaborations école-famille
– présence de ressources formées dans le champ de l'alimentation, y compris en matière d'intervention précoce sur le surpoids/l'obésité (ex : agents PSE/PMS formés).

INDIVIDU^[28]

Caractéristiques biologiques et génétiques :

– connaissance de l'histoire familiale (particulièrement la mère) quant à l'hyperglycémie ou au diabète^[31] (cf. médecin de famille «partenaire-santé»)
– connaissance de/ et relation au corps : corpulence, interaction corps/alimentation
– connaissance et satisfaction des besoins nutritionnels^[32]
– conscience des préférences alimentaires (cf. néophobie et néophilie alimentaires)
– capacité du corps à s'adapter à l'abondance^[33], en ayant moins tendance à «faire des réserves» graisseuses, ou en compensant cette tendance biologique (via dépense physique par exemple)

Compétences personnelles et sociales :

– connaissance et partage des représentations de la santé, du corps, de l'alimentation, etc.
– capacité de comprendre et éventuellement déconstruire les «interdits alimentaires»
– savoirs et savoir-faire alimentaires : connaissance des aliments (ex : intérêt nutritionnel, saisons, etc.), connaissance des filières et ressources alimentaires, compétences culinaires et relatives à la conservation des aliments (peuvent être transmises familialement)
– motivations (plaisir, intérêt, attirance gustative, caractère ludique, etc.) à développer une alimentation saine
– liens avec des personnes de confiance (de la communauté) favorisant (informations, savoir-être et savoir-faire) une alimentation saine
– attitudes non stigmatisantes vis-à-vis des personnes en surpoids/obèses, éveil à la diversité (des formes, des représentations du corps, etc.)
– solidarité et entraide à l'égard des personnes/groupes expérimentant la faim
– capacité à exploiter les ressources alimentaires de ses environnements/lieux de vie... aussi diversifiés soient-ils (ex : absence de «réelle» acculturation alimentaire^[35])
– capacité de recul et d'analyse vis-à-vis du marketing agroalimentaire

Habitudes de vie et comportements^[37] :

– consommation alimentaire diversifiée (ex : fruits, légumes)
– fréquentation des marchés locaux (voir aussi AMAP)
– attention à l'hygiène alimentaire et aux modes de conservation des aliments

Caractéristiques socio-économiques (instruction, emploi) :

– attention à la formation de base et continue des populations (ex : accès aux compétences verbales et de communication^[38])
– existence de programmes et actions de santé (prévention, soins) tenant compte de la diversité des publics et attentifs aux ISS, tant pour l'accessibilité financière ou celle des messages-santé, qu'au niveau de l'attention aux effets contre-productifs éventuels (discrimination, renforcement des inégalités femmes/hommes-majorités/minorités, etc.)
– liaison entre (non-) emploi et santé/alimentation : les dispositifs doivent par exemple envisager ce qu'une remise à l'emploi peut impliquer sur la qualité de vie alimentaire (préparation et structuration des repas, allaitement, etc.)

- [36] En ce qui concerne plus particulièrement les publics en situation de précarité, la priorité à donner à l'hygiène ne doit pas empêcher les alternatives alimentaires telles que le glanage. Par ailleurs, une hygiène excessive est peut-être à l'origine de maladies auto-immunes telles que le diabète de type 1 (hypothèse, voir facteurs de risque en partie I).
- [37] Pour rappel, comportements et modes de vie doivent être envisagés comme des *résultats* de l'interaction entre les ensembles suivants : les individus/groupes et les différents niveaux d'environnement, décrits de la gauche à la droite du tableau. Et ce, jusqu'à l'environnement le plus «micro» de l'individu, à savoir sa biologie... Pour cette raison, nous ne détaillons pas davantage la case «comportements et modes de vie».
- [38] Voir les concepts de «like skills» et «health literacy».
- [39] La «commensalité» désigne «le fait de partager la même table, la même nourriture» (Masson, 2002, cité par Fischler (C.) et Masson (E.). Dans leur article, Fischler et Masson mettent en évidence la commensalité comme l'une des caractéristiques importantes du rapport à l'alimentation en France. Par ailleurs, ce rapport convivial à l'alimentation serait un facteur de protection de la santé, en influant positivement sur la quantité et la qualité de la nourriture consommée, mais également sur la qualité de l'environnement (humain) alimentaire. Or, Santé publique et monde médical ont tendance à privilégier un rapport individuel, voire individualiste à l'alimentation : «La médecine et les responsables de la santé publique, de leur côté, tout en luttant ostensiblement contre fausses promesses et manœuvres de l'industrie, nous tiennent un discours dont la nature est au fond analogue, puisqu'il nous incite à prendre notre alimentation en main 'personnellement'. La logique des sociétés contemporaines, sur le plan de l'alimentation, c'est de nous inciter de plus en plus à être des mangeurs conscients, compétents, rationnels, mais surtout : individualistes» (Fischler C., Masson E., 2008).

TITRE ET RÉFÉRENCES COMPLÈTES	PRÉSENTATION
OLIVIER DE SCHUTTER (RAPPORTEUR SPÉCIAL ONU, MARS 2012) : «CINQ FAÇONS DE S'ATAQUER AUX RÉGIMES ALIMENTAIRES DÉSASTREUX» http://www.srfood.org/index.php/fr/component/content/article/2054-five-ways-to-tackle-disastrous-diets-un-food-expert	Cinq actions prioritaires pour une approche systémique de la nutrition : <ol style="list-style-type: none"> 1. Taxer les produits préjudiciables à la santé : aliments transformés, riches en graisses/sucre/sel, etc. 2. Réglementer les aliments riches en graisses saturées, en sel et en sucre ; 3. Mettre un frein à la publicité pour la malbouffe ; 4. Réviser certaines subventions peu judicieuses qui rendent certains ingrédients moins chers que d'autres ; 5. Soutenir la production alimentaire locale pour que les consommateurs aient accès à des aliments sains, frais, nutritifs
PNNS-B (FÉVRIER 2012) : ÉTIQUETAGE ALIMENTAIRE PLUS COMPLET ET PLUS LISIBLE http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/FoodandHealthPlan2/Newsletter/Files/Newsletterfebruary2012/index.htm#Etiquetage	Dans sa lettre d'information de février 2012, le PNNS-B relaye les cinq orientations principales des nouvelles règles d'étiquetage adoptées par l'Europe et en vigueur d'ici 2015/2017 : <ol style="list-style-type: none"> 1. La lisibilité garantie des étiquettes (taille min. de caractères) ; 2. L'obligation d'apposer un étiquetage sur la majorité des denrées alimentaires préemballées ; 3. L'obligation de signaler la présence d'allergènes de manière évidente ; 4. La nécessité de signaler la présence d'huile végétale sous une appellation précise (ex : «huile de palme» plutôt que «huile végétale») ; 5. L'extension de la mention de l'origine de la viande aux viandes de porc, de mouton, de chèvre et de volaille.
PNNS-B (FÉVRIER 2012) : CONCOURS RESTAURATEURS «LE CHEF DES LÉGUMES» http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/FoodandHealthPlan2/Newsletter/Files/Newsletterfebruary2012/index.htm#Etiquetage	Initiative du secteur de la restauration et de la communication (marchand), ce concours veut promouvoir l'offre de légumes chez les restaurateurs, et donc leur consommation par le public. Il repose sur 3 principes-clés : <ol style="list-style-type: none"> 1. Stimulation de la participation des restaurateurs à travers la publicité (Guide, concours, site web) 2. Inscription dans une perspective positive d'alimentation équilibrée valorisant les fruits/légumes (variété, créativité) 3. Recherche d'équilibre entre objectifs de santé et objectifs commerciaux
ALIMENTATION SUR LE LIEU DE TRAVAIL : (1) CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/healthyeating.html ET (2) PROJET «CANTINES DURABLES EN RÉGION BRUXELLOISE» (IBGE 2008) http://www.restaurationcollectivedurable.be/	Deux illustrations de l'intervention sur le lieu de travail à mettre en complémentarité : <ol style="list-style-type: none"> 1. Canada : conseils individuels aux travailleurs, principalement axés sur les contenus alimentaires. Attention au caractère pratique et concret (en situation de travail) des conseils donnés ; 2. Belgique : offre d'outils et conseils à des collectivités (exemples : «recettes» et «astuces du mois») pour évoluer vers une alimentation durable. Alimentation ici envisagée dans son ensemble, particulièrement pour ses impacts sur la biosphère. Stratégies impliquant la mise à disposition d'outils, la formation des professionnels des cuisines de collectivités (exemple de thème : stratégies d'approvisionnement).

II.2.3 L'APPROCHE ÉCOLOGIQUE EN IMAGES : PROJETS PROMETTEURS ET GRAINES D'ESPOIR

Pour illustrer la démarche de promotion d'environnements leptogéniques, dit plus simplement, de *promotion d'une alimentation favorable à la santé*, nous proposons ci-dessous quelques exemples de projets réalisés en Belgique. Nous ne prétendons pas ici à l'exhaustivité, il s'agit de se faire, en quelques «polaroids», une idée plus claire des implications concrètes de l'approche écologique de l'alimentation. À noter que les porteurs des plaidoyers, projets, démarches présentés ici ne se revendiquent pas forcément de l'approche écosystémique ou de la promotion de la santé (autrement dit d'une sorte de «label» de promotion de la santé). C'est bien leur capacité/potentialité d'intervention sur un ou plusieurs déterminants environnementaux de l'alimentation qui justifie leur présence dans ce cahier.

DÉTERMINANTSET ACTEURS VISÉS, DU MACRO AU MICRO (ANGELO)	COMMENTAIRES	LIENS AVEC LE DT2M (PRÉVENTION/SOINS)
<ul style="list-style-type: none"> - Globalisation des marchés - Développement - Médias et publicité - Urbanisation - Santé - Médias et culture - Nourriture et nutrition - Sécurité alimentaire - Nourriture importée et manufacturée/transformée - Agriculture/jardins/marchés locaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Droit (des droits de l'homme) = stratégie d'action. - Action de plaidoyer à partir d'une instance reconnue (ONU) 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilité des systèmes alimentaires dans les problématiques graves suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • sous-alimentation • «faim cachée» • surpoids et obésité, lien avec les MNT - Constat de la faiblesse des remèdes médicaux face à une «crise sanitaire publique»
<p>La diffusion de ces nouvelles réglementations (et leur mise en œuvre à venir) a essentiellement une incidence sur des facteurs macro-alimentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Globalisation des marchés - Développement - Urbanisation (cf. axe de visualisation du PNNS-B) - Médias et culture - Nourriture importée et manufacturée 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de précision des modalités de mise en œuvre pour la Belgique - Décalage de temps important entre la publication (Journal Officiel de l'UE) et l'application 	<ul style="list-style-type: none"> - La lisibilité et la fiabilité de l'étiquetage améliorent l'information du public et des patients en particulier - Cet axe «étiquetage» doit être plus systématiquement intégré dans l'accompagnement individuel (régime, suivi du DT2M, éducation thérapeutique du patient)
<p>À relever pour ses aspects de collaboration du secteur marchand à des objectifs non exclusivement marchands, une telle initiative peut concerner les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Globalisation des marchés - Médias et culture - Nourriture et nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> - Cette initiative n'exclut-elle pas les publics plus défavorisés ? - Rencontre potentielle des préoccupations et habitudes (restaurant) de niveau socio-économique médian ou élevé - Contribution à la diffusion dans l'espace public de la consommation d'aliments adaptés/fruits et légumes 	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion des fruits et légumes non «sanitaire» (convivialité, restauration) pouvant soutenir l'accompagnement individualisé des problématiques alimentaires/de poids/en lien avec le DT2M - Utilité de cette promotion en prévention primaire également, pour «banaliser» la consommation de fruits/légumes
<p>Mises en perspective, ces deux initiatives (1) (2) permettent d'intervenir sur les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement (2) - Transport (2) - Urbanisation (2) - Santé (1) (2) - Sécurité sociale (1) (2) - Éducation (1) (2) - Nourriture nutrition (1) (2) - Équipements publics (2) - Nourriture importée et manufacturée (2) - Agriculture/jardins/marchés locaux (2) - Travail (2) - Alimentation sur le lieu de travail (1) (2) - Habitudes de vie et comportements (1) (2) - Caractéristiques socio-économiques en lien avec l'emploi (1) (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation et engagement des instances et décideurs de l'emploi et de la restauration collective - Défense de valeurs en lien avec le «bien-être» et «l'environnement» - Action combinée sur les connaissances alimentaires, la formation collective et l'organisation du lieu de travail (cantine) 	<ul style="list-style-type: none"> - En prévention primaire ou secondaire (personnes en prédiabète ou diabétiques), conditions de travail plus favorables à la qualité alimentaire - Possibilité de renforcer des compétences alimentaires adéquates - En cas de suivi alimentaire par un professionnel de santé, complémentarité avec le suivi individuel

TITRE ET RÉFÉRENCES COMPLÈTES	PRÉSENTATION
<p>UNE ÉPICERIE SOCIALE DANS LES MAROLLES http://econosoc.be/?rub=actualite&page=dossier_epicerie et http://www.credal.be/index.php?option=com_content&task=view&id=107&Itemid=124 http://www.epiceries-solidaires.org/qu_est_ce_qu_une_epicerie_sociale_ou_solaire.shtml</p>	<p>Quatre principes-clés qui sous-tendent l'épicerie sociale :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proposer un choix de produits d'épicerie à des prix très réduits (on paye seulement 20 à 40 % des prix pratiqués en magasin) ; 2. Proposer (rayonnages et caisses) un libre choix et faire payer les produits, pour préserver l'estime de soi des consommateurs ; 3. Avoir un accord avec plusieurs fournisseurs, dont un «privilegié» ; 4. S'inscrire dans une approche globale de la RISS : les usagers sont relayés par les services sociaux du quartier (réseau), ils peuvent avoir une aide en matière de surendettement, l'épicerie peut également constituer un dispositif d'insertion socioprofessionnelle (gestion par des bénéficiaires de l'aide sociale).
<p>MÉLI-MÉLO CITOYEN, UN REPAS MULTICULTUREL À CHARLEROI http://telesambre.rtc.be/content/view/10411/635/</p>	<p>Issu d'une collaboration entre le CPAS de Charleroi (Actions de quartier/Espace citoyen de Dampremy) et une association rassemblant des femmes d'un quartier à forte densité de personnes migrantes (Citoy'Elles), cet événement festif conjugue objectifs de promotion de l'alimentation et de promotion de la cohésion sociale. Il a nécessité pratiquement un an de préparation et a résulté en l'organisation d'un repas multiculturel (5 «nationalités alimentaires» différentes, sous forme de stands) accessible aux familles proches des deux groupes porteurs du projet (+/- 150 personnes). Ce projet citoyen relayé par les médias locaux a également sollicité les compétences de travailleurs sociaux et d'une spécialiste de la nutrition. La préparation avec les usagers a demandé de faire émerger les représentations des uns et des autres, à propos notamment des pratiques alimentaires et des identités culturelles en présence.</p>

DÉTERMINANTS ET ACTEURS VISÉS, DU MACRO AU MICRO (ANGELO)	COMMENTAIRES	LIENS AVEC LE DT2M (PRÉVENTION/SOINS)
<p>L'existence d'une épicerie sociale transforme la qualité des lieux de vie et agit sur les compétences individuelles. Les déterminants suivants sont particulièrement mobilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Globalisation des marchés (coûts) – Développement – Sécurité alimentaire – Équipements publics – +/-Infrastructures d'activités de loisirs : l'aide à la gestion budgétaire fournie permet de réinvestir les loisirs familiaux – Infections – Compétences personnelles et sociales – Habitudes de vie et comportements – Caractéristiques socio-économiques 	<ul style="list-style-type: none"> – Attention croissante à la variété et la qualité nutritionnelles, à l'accès à des produits frais dans le cadre de l'aide sociale – La préoccupation «économique» est un enjeu pour l'alimentation individuelle (cf. alimentation=variable d'ajustement) 	<ul style="list-style-type: none"> – Lien avec un réseau d'intervenants sociaux à même de faire le relais vers des professionnels de santé – Accès à l'alimentation facilité et attention à l'estime de soi (image positive) de l'usager qui peut faciliter l'auto-prise en charge de sa santé (alimentation et poids inclus)
<p>L'organisation d'un repas multiculturel est ponctuelle et peut avoir aussi des effets durables sur la qualité de vie d'un quartier ou d'une communauté, elle agit spécialement sur les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infrastructures d'activités de loisirs : la Maison du peuple accueillant le repas multiculturel s'est muée en espace dédié à l'alimentation (exposition sur les épices, stands de dégustation) – Compétences personnelles et sociales – Habitudes de vie et comportements – Caractéristiques socio-économiques 	<ul style="list-style-type: none"> – La diversité alimentaire est un levier important pour la promotion de la multiculturalité et du mieux vivre ensemble – Importance de la qualité des processus d'animation (de groupe/de projet) en amont et en aval de l'événement 	<ul style="list-style-type: none"> – Implication continue d'une professionnelle de la nutrition dans le projet – Opportunité de partager son vécu alimentaire individuel et au sein d'une communauté : analyse, prise de recul et échanges avec des personnes de différentes traditions – Échanges de savoir-faire alimentaires, notamment pour se procurer des aliments et réaliser des recettes du pays d'origine (<math>\times</math> acculturation) – Porte d'entrée collective et positive vers une réflexion sur les pratiques alimentaires.

II.2.4 DES IMPLICATIONS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DU DT2M ? L'EXEMPLE DU RÉSEAU SANTÉ DIABÈTE

À considérer l'alimentation comme déterminant essentiel du DT2M, les leviers d'intervention pour prévenir le DT2M et promouvoir le bien-être (alimentaire) se démultiplient. Nous pensons qu'il est intéressant, indispensable même, de garder cette approche complexe en situation d'accompagnement ou de soin du diabète. À Bruxelles, l'initiative du Réseau santé diabète/RSD (Maison médicale des Marolles/M.M.M) constitue un projet prometteur à cet égard.

Dans le cadre de suivis de patients diabétiques ou prédiabétiques, les professionnels de la M.M.M avaient fait état de difficultés, notamment pour dispenser dans la durée des messages appropriés aux patients, et aussi pour adapter ces messages à l'environnement des patients. Il était alors important de proposer des activités concrètes, plus en phase avec la réalité des patients (atelier cuisine par exemple), au départ desquelles les publics renforceraient leur pouvoir sur la maladie/leur santé en général. La perspective originelle du RSD était/est aussi celle du quartier, avec une attention particulière à sa mixité culturelle et sociale (précarité urbaine, logements vétustes, présence de migrants sans titre de séjour). Le dispositif du RSD s'adresse certes aux personnes diabétiques, mais propose des activités collectives (atelier cuisine, activités bien-être dont sport) ouvertes (prioritairement) à l'ensemble des habitants du quartier. Il vise également la mise en réseau :

- des compétences disciplinaires : diététicien(ne), infirmière en santé communautaire, podologue, liens avec des associations et réseaux spécialisés^[40] ;
- des professionnels mobilisés sur le quartier (maison médicale, hôpital, consultation indépendante) ;
- de dispositifs utiles aux publics : épicerie et restaurant sociaux.

[40] Comme l'Association belge du diabète ou le Réseau Multidisciplinaire local Bruxelles asbl.

S'il ne s'agit pas ici d'évaluer ce projet (qualité des processus ou impact), certaines de ses caractéristiques sont en très grande cohérence avec une approche écologique ou complexe. Elles rencontrent par ailleurs les repères conceptuels et méthodologiques de la promotion de la santé, et favorisent le continuum entre prévention et soins :

- **Lien entre l'individu et ses environnements** : le Réseau santé diabète est né d'un constat de la Maison Médicale des Marolles. Il existe un lien géographique et historique avec le quartier et ses évolutions (sociales, urbanistiques, de population). Le projet revendique d'ailleurs l'inscription dans une «dynamique de quartier, plutôt qu'une dynamique institutionnelle»^[41].
- **Patient/acteur et croisement d'expertises** : si le projet cible la question du diabète, les activités communautaires et collectives sont ouvertes à l'ensemble des habitants (diabétiques ou non). Les participants, professionnels ou non, sont amenés à échanger leurs ressources basées avant tout sur leurs vécus respectifs (induction et valorisation de l'expérience).
- **Approche multidisciplinaire** : la multidisciplinarité se trouve déjà dans la diversité culturelle, sociale, éducative (etc.) qui caractérise le public du quartier. Elle se lit évidemment également dans la velléité à mettre en réseau (sur les questions de santé, d'alimentation, de diabète, etc.) des professionnels aux métiers, modalités et lieux d'intervention diversifiés et complémentaires. On y retrouve, avec un investissement certes inégal, des médecins privés, des professionnels de la maison médicale du quartier, des podologues, des nutritionnistes, des cuisiniers, des infirmières en santé communautaire, les professionnels des centres de diabétologie de différents hôpitaux bruxellois (Saint-Pierre, Saint-Jean, César Depaepe), etc.
- **Intégration des soignants dans un réseau d'intervenants/d'intervention plus large** : il s'agit en quelque sorte de la conséquence du lien entre publics et environnements, et de la multidisciplinarité (points 1. et 3. supra). Dans ce type de projet, le soignant qui accompagne la personne diabétique n'est pas seul. À travers le patient, mais aussi grâce à différents groupes de travail animés au sein du Réseau santé diabète, il peut démultiplier ses ressources, bénéficier d'autres points de vue sur les soins (y compris ceux des usagers), et établir des liens avec la prévention et la promotion du bien-être. Cela élargit d'autre part la notion de soins/cure à celle de «care», c'est-à-dire le «prendre soin de», qui traduit une vision plus inclusive de la santé, orientée vers l'humain et sa prise en compte globale.
- **Renforcement du «pouvoir d'agir sur la santé» des habitants** : les activités sont décidées sur base des besoins (sensibilisations aux soins de podologie) et des aspirations des patients et habitants du quartier (ateliers cuisine). Elles favorisent la mise en œuvre concrète/situationnelle des compétences (savoir-faire culinaires, analyse critique des publicités et des discours sur l'alimentation), de même que l'identification de ressources alimentaires dans le quartier (consultations professionnelles, épicerie et restaurants sociaux).
- **Stimulation, voire mise en œuvre de changements visibles et structurels dans le quartier** : l'un des plus marquants (et qui correspond à l'une des stratégies de la Charte d'Ottawa) est sans aucun doute la ré-orientation des services et activités de soins. Au départ de la Maison médicale, le Réseau santé diabète a renforcé le lien entre soins (curatifs) et prévention. Il a valorisé l'intérêt d'une offre d'activités communautaires (ateliers culinaires, séances/activités sportives). Il a favorisé la création de nouveaux outils pour les professionnels et les habitants/patients, de même que leur utilisation effective : un «agenda santé», la sensibilisation aux soins des pieds en collaboration avec l'École Européenne de podologie (sensibilisations gratuites organisées à la maison médicale), l'organisation de séances de dépistage du DT2M en collaboration avec l'ABD.
- **Attention transversale aux inégalités sociales de santé** : diversité (sociale, culturelle), accessibilité (aux messages, activités, soins) sont au cœur du dispositif du Réseau santé diabète.

[41] Extrait d'un entretien avec M. Norro et Bénédicte Hanot à la Maison médicale des Marolles, le 28/10/11.

III. PROMOTION DE LA SANTÉ ET DIVERSITÉ : LE PARI DE LA COMPLEXITÉ

«Les fruits de la terre sont à tout le monde alors que la terre n'appartient à personne.» Rousseau J.J., 1754

III.1 LA BELGIQUE, UNE IDENTITÉ TOUJOURS PLUS DIVERSIFIÉE DONT IL FAUT TENIR COMPTE, EN SANTÉ AUSSI !

UNE DIVERSITÉ «MADE IN BELGIUM»

«En Belgique, le problème majeur lié à l'*interculturalité* est le multilinguisme et l'éloignement des communautés néerlandophone et francophone. La barrière de la langue constitue un obstacle à la communication et est source de tensions, elle accentue les différences entre les deux communautés qui se considèrent étrangères l'une de l'autre» (Guide Européen, 2009).

Le ton est donné, notre pays s'est construit sur une identité multiple, dont les composantes peuvent être en relation conflictuelle. Ce conflit pouvant aller jusqu'à bloquer le fonctionnement de l'état tout entier. En 2011 et 2012, la Belgique est restée sans gouvernement pendant la durée record de 541 jours devenant ainsi le pays qui a connu, en temps de paix, la plus longue période sans gouvernement officiel.

Cela étant dit, la diversité constitutive de la Belgique peut aussi être appréhendée positivement. Certains évoquent par exemple un «melting pot» qui confère un patrimoine identitaire particulier à la Belgique, un patrimoine mélangé (d'aucuns utiliseront la notion très belge de «zineke»). Reste à voir en quoi cette identité «première» constitue une ressource, un frein, ou les deux, à l'accueil d'autres identités culturelles sur notre petit territoire.

LA POPULATION ÉTRANGÈRE EN BELGIQUE

Dans son rapport annuel 2010^[42], le Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme livrait les chiffres récents, ses analyses et recommandations en matière de migration. Il entame son rapport en rappelant (p10) : «les années passées –et 2010 n'y fait pas exception– il y a eu un débat animé dans la société et dans la sphère politique sur l'asile et la migration. Nous ne pouvons que constater que la thématique de la migration est aussi complexe que chargée [...]». Le Centre fait ici tout particulièrement référence à une grave crise de l'accueil vécue en 2010 et entamée dès 2008. Il est aussi fait mention d'un manque de transparence persistant quant aux critères de régularisation, et enfin il est question des problématiques délicates de la détention (celle des enfants notamment) et du retour des demandeurs d'asile.

[42] Voir http://www.belgium.be/fr/publications/publ_rapport_annuel_migration.jsp?referer=tc:116-128623-64

La thématique des migrations semble d'entrée de jeu frappée de la gravité des enjeux humains qu'elle sous-tend. Comme si la migration était premièrement source de souffrances (pour ceux qui la vivent) et de malaise (pour les décideurs, les états ou les communautés censées accueillir les migrants).

Nous proposons quelques repères chiffrés issus de ce rapport 2010 et permettant de cerner rapidement les visages de la migration dans notre pays. Certaines données se réfèrent à l'année 2007, en raison d'un retard dans le traitement de données par nationalité. Deux types de données ont retenu notre attention : celles relatives à l'**accès au territoire** (immigration) et celles se rapportant au **séjour sur le territoire belge** (population étrangère/d'origine étrangère). Les unes concernent le processus de migration, les secondes témoignent davantage du résultat de ce processus. De manière synthétique, on relève les données décrites ci-après.

1. L'immigration en Belgique

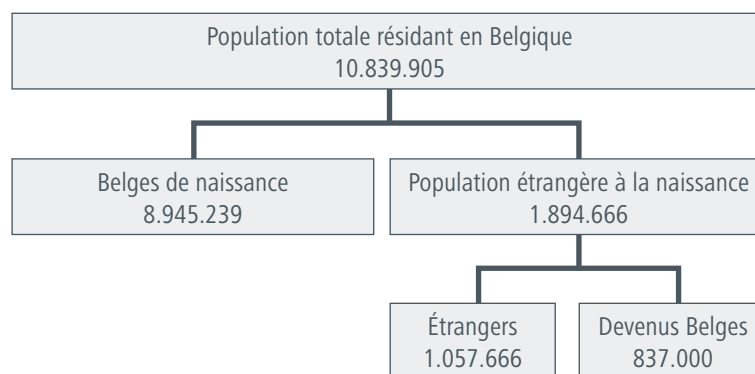
- L'immigration légale continue à croître pour atteindre approximativement 123.270 entrées en 2008 et 125.990 en 2009. En 2009 toutefois, on observe un ralentissement de cet accroissement des entrées d'étrangers qui ne peut encore s'expliquer.
- En 2009, près de 40 % des immigrations provenant de pays tiers (non UE) sont originaires du *continent africain*. Les entrées proviennent pour une moitié d'Afrique subsaharienne (RDC majoritaire) et pour l'autre moitié d'Afrique du Nord (principalement Maroc). L'immigration en provenance d'Asie représente 27 % des entrées de pays tiers en 2009, principalement d'Inde et de Chine.
- Les *ressortissants turcs* représentent toujours une proportion significative de l'immigration provenant de pays tiers. Cette immigration commence à se faire rejoindre par la forte progression des entrées de Russes sur le territoire belge
- Les principaux *motifs légaux de la migration* sont les raisons familiales, les raisons humanitaires, les raisons liées à l'éducation, les raisons liées à des activités rémunérées et, dans une mesure moindre, le statut de réfugié et la protection subsidiaire. Les raisons humanitaires sont invoquées cependant davantage pour l'octroi des premiers titres de séjour en Belgique, alors que ce motif de séjour est assez limité dans les pays européens.
- Le Centre pour l'Égalité des Chances relève également une «*fémínisation de l'immigration*».

2. La population étrangère/d'origine étrangère

- Avec certaines limites, des chercheurs ont développé des outils statistiques permettant d'apprécier la population étrangère à la naissance. Celle-ci était estimée à 1.894.666 personnes au 1er janvier 2010, sur une population totale de 10.839.905 personnes résidant en Belgique.

Fig.14 — Typologie de la population étrangère à la naissance, selon la nationalité à la naissance et la dernière nationalité enregistrée, 1er janvier 2010

Source : Registre national DGSIE In Rapport Annuel Migration, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, 2010



- La population étrangère est majoritairement issue de l'UE. En janvier 2008, 61 % de cette population était en effet issue de l'UE à 15, et 6,6 % des douze nouveaux États membres. Cela signifie que seulement 32 % de la population étrangère étaient des *ressortissants des pays tiers* (non UE).
- Au 1er janvier 2010, la population étrangère ayant la nationalité d'un pays tiers s'élevait à 364.939 personnes et approximativement 44 % de cette population étaient originaires d'Afrique du Nord. La *population marocaine* est de loin le plus grand groupe de ressortissants de pays tiers résidant en Belgique (22 % du total des ressortissants de pays tiers).
- Les pays de l'Europe qui ne font pas partie de l'UE totalisent presque 24 % de tous les ressortissants de pays tiers. 11 % sont des *Turcs*, deuxième plus grand groupe d'étrangers issus d'un pays tiers et résidant en Belgique, 3,7 % des *Russes*, et 2,6 % des *Serbes*.
- Le troisième continent d'origine principale des ressortissants de pays tiers est l'Asie, avec presque 20 % du total des ressortissants de pays tiers. Les *Chinois*, les *Japonais* et les *Indiens* sont les trois plus grands groupes de nationalité ici.
- Enfin, un ressortissant de pays tiers sur dix a une nationalité du continent américain. La moitié de ceux-ci proviennent des *États-Unis*, soit presque 5 % du total des ressortissants de pays tiers.
- Si la majorité de la population étrangère se compose de citoyens de l'Union, 80 % des *acquisitions de la nationalité belge* enregistrées par la Direction générale Statistique et Information Économique (DGSIE), entre 2001 et 2007, concernaient des ressortissants de pays tiers.
- La proportion de personnes ayant acquis la nationalité belge varie fortement selon la nationalité d'origine des personnes, s'élevant par exemple à 73 % pour les *Turcs*, 70 % pour les *Marocains*, 38 % pour les *Italiens*, et 28 % pour les *Français*.

À RÉFLÉCHIR AVANT D'AGIR...

- Les chiffres du Centre pour l'Égalité des Chances laissent largement parler une *certaine* diversité. Ce, considérant la notion –pas toujours évidente à cerner– du pays d'origine. Car, comme nous le verrons ci-après, cette diversité «se diversifie» toujours davantage, dès lors qu'elle est appréhendée à travers la notion plus large et inclusive de «culture».
- En se méfiant de la tentation culturaliste, peut-on imaginer que la santé s'appréhende de la même manière parmi des publics aux origines et 'enracinements' aussi multiples ? Quelle est la meilleure ou la moins mauvaise manière d'appréhender des publics de provenances marocaine, turque, chinoise, russe, serbe ou encore nord-américaine ? Publics qui ont rejoint la Belgique pour des motifs différents, pour s'y implanter à des degrés divers.
- Peut-on imaginer que la réponse se trouverait dans la diversification constante d'outils de communications spécifiques ? S'agit-il d'ailleurs exclusivement de *communication* ? En tant qu'acteurs de santé, quelles balises minimales se donner pour ne pas subir les contraintes illustrées par le Mythe de Babel^[43] ? **Nous voulons penser que le premier outil –le plus écologique– est l'acteur de santé lui-même, et tout premièrement : le regard que ce professionnel porte sur la question de la diversité, et l'authenticité de sa rencontre avec l'«autre».** L'«autre» que le professionnel/acteur de santé est aussi aux yeux de chacun de ses usagers.

[43] Pour rappel, dans la Genèse, il est question d'une Tour (de Babel) que les hommes, parlant alors tous la même langue, avaient voulu ériger dans le but d'atteindre Dieu... Ce dernier, jugeant le projet trop ambitieux, avait alors *brouillé* (origine du terme hébreu «babel») les langues et introduit la diversité linguistique. Certains philosophes (Emmanuel Lévinas) ont vu dans ce mythe une opportunité de prendre conscience de la différence (du «tout autre») et d'aller à la rencontre de l'autre, bref en quelque sorte un moyen d'éducation à la diversité.

III.2 RENDRE COMPTE DE LA DIVERSITÉ HUMAINE : REPÈRES CONCEPTUELS

III.2.1 ETHNOCENTRISME ET RELATIVISME CULTUREL CHEZ LÉVI-STRAUSS

Dans son essai intitulé «Race et histoire», Claude Lévi-Strauss pose des jalons théoriques et réflexifs essentiels à propos de la diversité des cultures (Lévi-Strauss, C., 2007). Il lie ce thème à la question du développement/progress, pour peu à peu démontrer **en quoi la diversité est une condition à la progression de l'humanité...** Cet éclairage de l'un des pères de l'anthropologie et co-fondateur de la pensée structuraliste, doit nous aider à clarifier les concepts et pratiques en lien avec la diversité, pour tenter ensuite leur transposition à la question du DT2M et de la santé en général.

Profitons donc de l'importante contribution de Lévi-Strauss pour procéder aux clarifications conceptuelles essentielles ci-après.

1. **Distinguer «race» et «culture»** : la notion de «race» renvoie à des caractéristiques biologiques, quand celle de «culture» évoque les sociétés et civilisations. «Il y a beaucoup plus de cultures humaines que de races humaines, puisque les unes se comptent par milliers et les autres par unités : deux cultures élaborées par des hommes appartenant à la même race peuvent différer autant, ou davantage, que deux cultures relevant de groupes racialement éloignés.»
2. **Diversité des cultures** : Lévi-Strauss relève : «[...] un aspect également très important de la vie de l'humanité : à savoir que celle-ci ne se développe pas sous le régime d'une uniforme monotonie, mais à travers des modes extraordinairement diversifiés de sociétés et de civilisations ; cette diversité intellectuelle, esthétique, sociologique (nous soulignons), n'est unie par aucune relation de cause à effet à celle qui existe, sur le plan biologique, entre certains aspects observables des groupements humains : elle lui est seulement parallèle sur un autre terrain.». Parler de diversité «intellectuelle», «esthétique», ou «sociologique» doit attirer notre attention une première fois sur l'intérêt d'entendre qu'il n'y a pas une seule (et bonne) manière de comprendre/lire un message de santé (domaine intellectuel), d'appréhender la beauté du corps dans son rapport au poids par exemple (domaine esthétique), ou d'entrer en rapport individuel/collectif avec sa santé (domaine sociologique).
3. **Ethnocentrisme, fondement d'inégalité** : une question soulevée par Claude Lévi-Strauss qui nous intéresse particulièrement ici est la suivante : «...on doit se demander en quoi consiste cette diversité (des cultures), au risque de voir les préjugés racistes, à peine déracinés de leur base biologique, se reformer sur un nouveau terrain. [...] On ne saurait donc prétendre avoir résolu par la négative le problème de l'inégalité des races humaines, si l'on ne se penche pas aussi sur celui de l'inégalité —ou de la diversité— des *cultures* humaines qui, en fait sinon en droit, lui est, dans l'esprit public, étroitement lié.». **L'Ethnocentrisme** se définit dès lors comme le rejet de la diversité culturelle, le résultat en quelque sorte d'une incapacité à concevoir la coexistence de modes de vie éloignés du sien propre... C'est peut-être aussi la conséquence d'une frustration face à l'impossibilité, d'une part, de recenser l'immense diversité de cultures existant, et d'autre part de réduire cette immensité à un ensemble limité de traits descriptifs, démarche qui permettrait de *cerner* la diversité, au sens de la *border*.

C'est William G. Sumner, économiste et sociologue américain qui introduit le terme «ethnocentrisme». Le mot est composé à partir du grec «ethnos», peuple, et du latin «centrum», centre. «Il définit la notion par deux aspects : *placer son propre groupe au centre de tout, et considérer que les coutumes de son propre groupe sont les seules à être justes*. Lévi-Strauss reprend la notion mais dans une tout autre perspective, pour la retourner contre l'évolutionnisme. Il définit l'ethnocentrisme comme le *«rejet des formes culturelles qui sont les plus éloignées de celles auxquelles nous nous identifions (Anthropologie structurale)»*. Par ailleurs, Lévi-Strauss insiste également sur la **réciprocité de l'attitude ethnocentriste**.

En santé publique, la tendance à confronter la diversité humaine à des *normes* (de taille/poids, voire de comportement), bâties très souvent sur des standards «WASP» (pour *white anglo saxon protestant*), ramène la question de l'ethnocentrisme à l'avant-scène. À lire Lévi-Strauss ou d'autres référents des sciences sociales, cette tendance réductrice, l'est aussi pour l'humanité et l'idée même du développement de l'humanité. Dans la relation avec les

publics (et avec la santé des publics), *l'ethnocentrisme empêche le dialogue vrai* entre intervenants et usagers. Avant cela, il peut orienter l'analyse d'une problématique telle que le DT2M et sa prévention, en gonflant et en «colorant» par exemple le nombre des populations et des personnes à risque, en sous-entendant que certains modes de vie des populations migrantes sont moins favorables à la prévention, voire s'opposent à la bonne prise en charge du diabète etc., ce qui pourrait laisser entendre –en un raccourci interpellant– que la migration est «le» problème (de santé)...

De leur point de vue également et conformément au mécanisme de réciprocité, les usagers de santé peuvent douter de la *légitimité du professionnel*, dès lors que celui-ci apporte un autre point de vue (culturellement différent) sur la santé, la maladie, le soin ou encore les pratiques alimentaires (exemple : nécessité de servir la nourriture dans une assiette individuelle pour faciliter le portionnement). Bref, une fois encore, la rencontre, le dialogue n'ont pas lieu. Ce rdv manqué peut être pour beaucoup dans la faiblesse, voire l'échec, du dispositif de santé autour du DT2M. Qu'il se dispose en amont (prévention) ou en aval (soins) de la pathologie.

Ce qui est convoqué ici est la notion de **relativisme culturel**. À savoir que les valeurs propres à une culture n'ont de bien-fondé que par rapport à cette culture, et non pas en elles-mêmes ou de manière absolue. Cette notion peut s'appliquer également aux disciplines mobilisées autour de la santé. En Occident, l'approche biomédicale a longtemps façonné, et façonne encore, le regard sur la santé. Aujourd'hui, et la Promotion de la santé le confirme, la complexité des enjeux de santé a entraîné le recours plus systématique à la *multidisciplinarité* et aussi l'inclusion du non-professionnel –le patient par exemple– dans le processus de soin (au sens de processus «caratif»). C'est souvent le milieu hospitalier –particulièrement s'il se trouve malmené par des enjeux économiques et de rentabilité– qui est le plus rétif à un tel croisement de points de vue entre soignant et soigné.

Ce qui doit encore nous interpellier à propos de la logique ethnocentrique ou du manque de relativisme culturel, est la propension au *rejet de l'autre*, et finalement *l'atteinte à la dignité humaine*. Un dispositif de santé au service des publics et du bien-être, ne peut tolérer un tel contre-effet. Cela étant posé, est-ce à dire que tout comportement, tout cadre de référence se valent, par exemple si l'on considère leurs effets sur la santé ? Peut-être bien que oui tant que le cadre est énoncé et éventuellement débattu, et tant qu'il n'est pas érigé en dogme.

III.2.2 DE LA DIVERSITÉ À L'INÉGALITÉ (SOCIALE)

La diversité, dont on relève ci-avant l'importance pour le développement des sociétés et ensuite l'intérêt en santé publique, ne s'attache pas qu'au lieu de naissance d'une personne ou d'un groupe, ou à la langue parlée. Elle s'exprime aussi dans la *position sociale*^[44] tenue ou désignée, qui est fortement conditionnée par le niveau d'instruction et de formation, qui lui-même conditionne l'accès à l'emploi et l'accès aux ressources matérielles. Cette dialectique renvoie à la question des inégalités sociales, que nous avons abordée, pour ce qui regarde la santé, dans la deuxième partie de ce cahier.

Une diversité ou différence entre individus ou groupes sociaux devient donc une inégalité dès lors qu'elle se traduit par un accès différent à certaines ressources valorisées. Pour reconnaître les inégalités entre personnes ou entre groupes, dans le domaine de la santé par exemple, il faut premièrement s'accorder sur certaines valeurs, et particulièrement sur un principe de base. C'est celui de l'égalité qui doit exister entre tous en général, et en matière d'*accès aux soins et à la santé* en particulier.

Que le risque de DT2M, tout comme celui du surpoids ou de l'obésité, touchent davantage les populations les plus fragiles socio-économiquement (en raison notamment d'un accès moins bon à l'instruction), et que les publics migrants ou issus de la migration rejoignent le plus souvent le groupe de ces publics socio-économiquement fragiles, sont des constats qui doivent avant tout encourager à enrayer la production des inégalités. Un tel raisonnement projette les enjeux de santé bien au-delà du strict domaine sanitaire. Dans cette perspective, prévenir le DT2M et garantir des soins de qualité pour les personnes qui en souffrent passeraient par exemple, par :

[44] Voir, en Sciences sociales, les théories relatives aux classes sociales et à l'organisation sociale (Marx, Althusser, Weber, Halbwachs, Chauvel, Durkheim, etc.).

- une liaison forte entre mesures de santé et dispositifs d'enseignement et de formation garantissant un accès plus égal à l'instruction, en ce compris dans le domaine de la santé (classes de français langue étrangère/FLE, cours d'alphabétisation, valorisation des acquis par l'expérience VAE, etc.) ;
- l'application effective et la défense du droit de chaque individu aux soins de santé, sur base du respect d'un principe de solidarité. Or, force est de constater que cette solidarité se délite, même dans les dispositifs de sécurité sociale les plus développés. Sous couvert d'interroger leur efficacité (ou efficience), les offres universelles sont contestées ou leur accès est de plus en plus conditionné...

Prévenir ou soigner le diabète de type 2 en contexte de diversité, impose également de prendre conscience d'une tendance, dirait-on presque naturelle, à la méfiance et la peur, face à la différence incarnée depuis la nuit des temps par *la figure de l'étranger*... Le recul du professionnel, une méthode ou un code d'intervention n'immunisent pas contre cette tendance, alors autant en prendre conscience et se donner quelques repères pour la dépasser. La Philosophie et les Lettres, les Sciences humaines, ou les développements récents (depuis les années soixante) dans les domaines de la cohésion sociale, la mixité ou le dialogue interculturel constituent ici de réelles ressources.

III.2.3 ÉTRANGER, MIGRANT : LE NOMMER, (POUR) LUI PARLER

Qui es-tu étranger ?

«*Qui aimes-tu, homme énigmatique,
Dis ? Ton père, ta mère, ta sœur ou ton frère ?
— Je n'ai ni père, ni mère, ni frère, ni sœur.
— Tes amis ?
— Vous vous servez là d'une parole dont le sens m'est resté jusqu'à ce jour inconnu.
— Ta patrie ?
— J'ignore sous quelle latitude elle est située.
— La beauté ?
— Je l'aimerais volontiers, déesse et immortelle.
— L'or ?
— Je le hais autant que vous haissez Dieu.
— Eh ! Qu'aimes-tu donc extraordinaire étranger ?
— J'aime les nuages... les nuages qui passent... là-bas... là-bas... les merveilleux nuages*»

(Baudelaire C., 1896)

À la fin du 19^{ème} siècle, Baudelaire livre un texte en prose qui traduit en toute légèreté les interrogations fondamentales et habituelles adressées à «l'étranger». Le poète va jusqu'à se glisser dans la peau de l'étranger, l'objet de Baudelaire est avant tout d'illustrer sa condition de poète et sa trajectoire personnelle... Pour ce qui nous concerne, nous retiendrons quelques éléments significatifs pour l'approche des publics migrants :

- la multiplicité des questions adressées à l'étranger : celui-ci est littéralement bombardé d'interrogations sur ses origines (pays, famille), ses relations aux autres ;
- le nombre de questions fermées : tout se passe comme si on souhaitait placer l'étranger dans un cadre familial, relationnel, politique, esthétique, matériel ou même religieux... ;
- ... un cadre (identité) dans lequel l'étranger ne souhaite pas se laisser enfermer.

Dans le champ de la santé, et de manière certes inattendue, il nous a semblé intéressant de se ressaisir de la contribution de Baudelaire pour réfléchir à la démarche de soins et de promotion de la santé. Dans la rencontre avec les publics et particulièrement ceux issus de la migration, quelles questions posons-nous ? Notre objectif de santé nous permet-il l'ouverture à l'autre ou limite-t-il l'autre à un cadre plus restreint auquel il est censé correspondre. Ceci mériterait sans doute d'être réfléchi au départ des pratiques et contextes professionnels de chacun(e).

ÉTRANGE, ÉTRANGER, MIGRANT : DES MOTS ET DES CHOSES

Étymologiquement, le mot «étranger» est dérivé du latin «extra» qui signifie «en dehors». À partir d'«extra» s'est construit un adjectif dérivé «extraneus» qui a progressivement évolué en «estrange» puis «étrange». Au Moyen-Âge, «étrange» a couramment le sens d'«étranger»... «Étrange» a ensuite acquis le sens de «bizarre», «singulier», «extraordinaire». Au 16ème siècle encore l'ambivalence du mot «étrange» subsiste. Les gens «étranges» peuvent être à la fois des «étrangers» et des gens qui sortent de l'ordinaire. Ensuite, apparaît (16ème siècle) le mot «étranger», qui a pris le sens ancien et premier du mot, alors que le mot «étrange» a porté le sens secondaire. Aujourd'hui encore, le mot «étranger» associe deux notions. On ne peut non plus s'empêcher de penser au roman d'Albert Camus qui évoque précisément, dans un style épuré et quelque peu 'dérangeant', la trajectoire et l'intériorité peu conventionnelle d'un homme dont les réactions et l'apparente absence d'émotions dérangent, suite au décès de sa mère...

Aujourd'hui, on entend beaucoup le terme *migrant* chez les professionnels, préféré à «immigré», et à celui d'«étranger» en réaction peut-être à cette ambivalence que nous décrivons. En préfaçant «La migration comme métaphore» de J.-C. Métraux (Métraux J.-C., 2012), le psychiatre Jean Furtos dénonce les insuffisances du terme «migrant», il parle d'un «[...] déficit ontologique des demandeurs d'asile, requérants et autres étrangers, souvent qualifiés sous le terme générique de 'migrants', et non plus 'émigrés' ou 'immigrants', mots qui désignent des phases temporelles distinctes.». Avant d'aborder les «maladies de la reconnaissance» qui font sa clinique (Furtos a documenté largement la «souffrance psychique d'origine sociale»), ce psychiatre pointe bien le caractère *transitoire* du terme migrant. Non seulement, «migrant» renverrait-il à ce qui est étranger, avec ses relents d'étrangeté, il enfermerait qui plus est le public qu'il désigne dans un statut de transit éternel, bref un non-statut.

Jean-Claude Métraux, pédopsychiatre qui a longuement travaillé avec des familles vivant dans une grande précarité et avec des publics «migrants», propose une posture pour sortir de l'impasse de la non-reconnaissance de ces publics, et pour établir ainsi une relation autre avec les publics, d'humain à humain... Il invite les professionnels à considérer qu'ils sont «tous des migrants» : «*Nous sommes tous des migrants* en ai-je conclu : l'exclu migre dans les marges ; adossés aux aiguilles de nos horloges, nous migrons tous dans le temps. Découvrir nos ressemblances nous permet de penser et de développer ensemble nos pouvoir dire et agir, co-construire un monde de sens partagé. Prendre *la migration comme métaphore* nous inclut, gens des métiers de l'aide, dans la communauté des migrants. La refonte ici proposée de notre vocabulaire et de nos techniques nous fait voyager d'un monde de sens à un autre, analogue par beaucoup d'aspect à celui qu'effectue le migrant appelé à tisser entre elles ses appartenances aux cultures d'origine et d'accueil pour progressivement se construire une identité nourrie d'appartenances plurielles.». Cette posture est celle voulue, sans toujours y arriver, par les politiques et approches de la *diversité*, ou en faveur de la mixité (voir infra).

LA PART DE LA LANGUE : INTERPRÉTATION, MÉDIATION

Les médecins, les professionnels de santé du social ou de l'éducation qui évoluent dans des milieux de vie multiculturels –coïncidant souvent avec des contextes socio-économiquement précarisés– en font le constat dans leur pratique : le «*barrage*» de la langue constitue, selon eux^[45], un obstacle fondamental au travail de soin, d'accompagnement ou d'éducation (thérapeutique).

En Belgique^[46], depuis 1999, le Ministère de la Santé et des Affaires sociales prévoit des fonds soutenant le dispositif de médiation interculturelle dans les *hôpitaux* (Question Santé asbl, 2011). Cette possibilité structurelle est issue du constat (1990) d'un moindre accès aux soins de santé des personnes immigrées et issues de l'immigration, mais également d'expériences-pilotes menées en Flandre dès les années 70. L'Interprétation Sociale et Médicale (ISM) recouvre aujourd'hui un ensemble d'activités portées par différentes associations dans plusieurs secteurs, telles que le Ciré (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers). Ces activités d'interprétation ne se limitent pas à l'intervention de première ligne ou au secteur hospitalier, les milieux professionnels ou de vie qui y font appel sont diversifiés :

[45] À propos de la collaboration avec des interprètes, Jean-Claude Métraux serait plutôt tenté de dire qu'elle constitue un adjuvant au travail du thérapeute (Métraux J.-C., p19) : «En m'enseignant le monde de sens qui habitait la langue et les gestes de mes patients, ils (les interprètes) enfoncèrent dans ma petite tête le clou de la modestie [...]. [...] je me rendis compte que ce raboutage de mon pouvoir, de ma maîtrise de l'entretien, recelait d'immenses vertus thérapeutiques.»

[46] Voir <http://www.questionsante.org/bs/Interpretariat-et-mediation>

- Santé (soins et prévention)
- Santé mentale
- Enseignement
- Animation et alphabétisation
- Secteur social
- Judiciaire (avocats, tribunaux, police)
- Accueil des réfugiés.

À l'origine et en lien avec l'origine des migrants à cette époque, les langues ciblées par l'ISM étaient les langues parlées en Turquie (turc, kurde, arménien, araméen), au Maroc (berbère du Rif, arabe et dialectes marocains), et l'italien. Aujourd'hui l'éventail des langues se diversifie toujours davantage, avec entre autres le russe, le serbo-croate, le congolais, etc. En général, les médiateurs –à l'origine, essentiellement des femmes car les usagers étaient des femmes avec enfants– sont issus de la communauté pour laquelle ils assurent la fonction de médiation. Nous revenons plus loin sur les détails du *processus de médiation*, mais précisons d'entrée de jeu que celui-ci ne se limite pas à la question de la *traduction/interprétation*. Le médiateur a également un rôle de «*décodeur culturel*», tant à destination des professionnels (ex : à propos de la naissance, du seuil, de l'éducation), qu'à l'usage des publics (système et acteurs de santé, système scolaire, règlements et lois, heures d'ouverture des services, etc.). En cas de situation difficile (précarité, problématique de santé aigüe), le médiateur peut également offrir un *soutien à la personne pour réaliser des démarches* auprès de différents services. Pour d'autres, le médiateur est également en charge de *l'éducation sanitaire, la sensibilisation aux différents contextes culturels*. Il peut s'impliquer dans des concertations et dans la défense de l'intérêt des usagers.

Au-delà des questions linguistiques, le rôle du **médiateur** est complexe et en fait un acteur essentiel, au cœur des questions de bien-être (global) et de cohésion sociale. Certains interrogent d'ailleurs l'extension de la fonction d'interprète à celle de médiation vue de manière très large. De tels enjeux nécessitent formation et intervision, autour d'un *cadre de référence et d'intervention* à enrichir en permanence.

III.3 LES VOIES DE LA «COHÉSION SOCIALE», ET DE LA «MIXITÉ/DIVERSITÉ»

L'intérêt pour les public migrants, les fragilités sociales, ou encore pour la diversité sociale et culturelle, à partir d'une problématique de santé, amène rapidement à «déborder» le cadre de la santé publique, pour côtoyer d'autres paradigmes. Certains y voient une source d'enrichissement, et à tout le moins, des conceptions à articuler au regard et aux compétences de la santé publique. Ainsi, de nombreuses pratiques proches de la santé communautaire, dans le domaine de l'alimentation ou de la promotion de l'activité physique, voire de la prévention et de l'accompagnement des MNT (cancers, diabète), se développent au départ des cadres (politiques) et dispositifs de la Cohésion sociale, mais aussi de la promotion de la diversité. Les définir en quelques jalons doit permettre de mieux s'en saisir, en vue notamment d'articuler les **politiques** (Santé, Social, Éducation, Justice).

III.3.1 COHÉSION SOCIALE

Chez Emile Durkheim (Durkheim E., 1967), l'intensité du lien social entre les membres d'une société ou «cohésion sociale», est produite par la division du travail, lui-même à la base de la structuration des classes sociales... À l'origine, ce qui deviendra le paradigme de cohésion sociale ne remet donc pas en question les inégalités sociales qui peuvent exister entre les membres d'un groupe/d'une société. En cela, la politique de cohésion sociale peut avoir un rôle de pacification, mais également de *contrôle social*, avec une attention plus marginale à la *lutte contre les inégalités les plus importantes*. Ce souci de maintien de cohésion/paix a d'ailleurs pu être utilisé pour légitimer (paradoxalement ?) le rejet de groupes minoritaires.

Au niveau européen, le paradigme de cohésion sociale s'élargit et devient : «la capacité d'une société à assurer le bien-être de tous ses membres, en réduisant les disparités et en évitant la marginalisation.» (Task Force de Haut Niveau sur la Cohésion Sociale au 21ème siècle, 2007). L'accent est mis sur la *lutte contre les inégalités et toutes*

les formes d'exclusion ou de discrimination d'une part. D'autre part, est mise en avant la *coresponsabilité des acteurs* (état(s) ou citoyens) pour y parvenir.

III.3.2 MIXITÉ/DIVERSITÉ

En Belgique, le *Centre pour l'égalité des chances et la Lutte contre le racisme* a notamment pour missions la promotion de l'égalité et la lutte contre les discriminations. Dans ces domaines, il assure le suivi du *Fonds d'Impulsion à la Personne Immigrée (FIPI)*^[47]. Son objectif est de soutenir des projets favorisant *l'intégration sociale des personnes d'origine étrangère, la prévention des discriminations et le dialogue interculturel*. Les projets ou les organismes soutenus par le FIPI doivent concourir à l'amélioration du cadre de vie et à l'égalité des chances dans les zones d'action définies par les Régions comme prioritaires.

Différents domaines d'action subsidiables par le FIPI peuvent être rencontrés par des projets/actions visant (également) l'amélioration de la santé, en ce inclus dans le champ des MNT, ainsi par exemple :

- les activités socioculturelles et les activités sportives ;
- l'assistance psychologique, sociale ou médicale adaptée aux publics issus de l'immigration ;
- la formation des professionnels travaillant avec un public multiculturel ;
- la traduction et l'interprétariat social.

III.3.3 DE LA POLITIQUE AUX PRATIQUES : LA MÉDIATION INTERCULTURELLE

Médiation, interprétation...

Une des voies investies, en Belgique et ailleurs, pour réduire les inégalités sociales (de santé), promouvoir l'égalité des chances et favoriser la diversité, est le processus de médiation interculturelle (voir supra). Il a d'abord été expérimenté en milieu hospitalier, et donc dans la *rencontre soignant-soigné*.

Pour Bruxelles et la Wallonie, c'est la *Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers (Ciré)* qui assure les services d'interprétation médico-sociale'. Il s'agit d'une fédération qui regroupe des organisations actives dans la défense des droits des réfugiés et des étrangers en Belgique. Le Ciré dispose de services de première ligne (interprétariat, insertion socioprofessionnelle, logement, aide au retour etc.), dont les activités servent aussi de base à la sensibilisation des politiques et de la population large aux problématiques auxquelles les populations étrangères peuvent être confrontées : délais d'attente, logement, alimentation, discrimination, etc.

Une ambivalence existe dans le terme «médiation», que certains trouvent trop large et donc, source de confusion dans le cadrage de la position et du rôle du «médiateur». Ils lui préfèrent les termes d'«interprétation» et d'«interprète», tout en convenant que cette dernière terminologie a, elle, plutôt tendance à en restreindre trop la portée...

Dans le cadre d'une réflexion sur la professionnalisation de l'interprétariat médico-social, l'ISM avait, en son temps, posé quelques balises qui peuvent nous aider à clarifier le processus de médiation/interprétation^[48] (Question Santé asbl, 2012, nous soulignons) : «Une traduction professionnelle implique de prendre une distance par rapport aux propos échangés (entre le professionnel et l'utilisateur). [...] L'interprète n'est pas un médiateur, il ne s'investit pas dans l'entretien entre l'étranger et le professionnel. [...] Il travaille dans la transparence absolue, c'est-à-dire qu'il traduit tous les propos et qu'il ne prend pas fait et cause pour l'un ou pour l'autre. [...] Cependant, il ne se contente pas de traduire car une langue est porteuse d'une culture, de valeurs et d'informations et d'informations inscrites dans cette culture. L'interprète devra dire que, dans tel pays, on ne fait pas tel type de demande de la même manière qu'ici : pour prendre un exemple caricatural, on ne demande pas tout de go à une femme afghane de se déshabiller. Il joue donc un rôle de relais culturel, il précise le code culturel dont le lexique est porteur, afin que la communication fonctionne [...]. La formation (des interprètes) doit leur apporter la distanciation nécessaire

[47] Voir <http://www.diversite.be/?action=onderdeel&onderdeel=60&titel=>

[48] Voir <http://www.questionsante.org/bs/Interpretariat-et-mediation>

à leur fonction. Elle comprend aussi une approche déontologique et éthique de la profession, un travail sur la multiculturalité, des connaissances de base plus théoriques sur le réseau associatif existant, sur certains aspects juridiques [...], médicaux, psychologiques, sur les structures existantes, etc.».

Ainsi en 1995, l'ISM avait donné un *cadre à la fonction d'interprète*. Nous en reprenons ci-après quelques clés :

- Favoriser et amplifier la communication entre les partenaires ;
- Proposer une interprétation culturelle pour améliorer la communication ;
- Ne pas exercer de médiation sociale et éviter de se substituer à l'intervenant médico-social ou à l'usager ;
- Recourir à des outils systémiques : conscience de son rôle, appui sur sa double appartenance (culturelle/professionnelle), prise de distance (idéal de neutralité comme repère virtuel).

L'interculturalité : une posture avant tout

Qu'on la précise par l'appellation «interprétation» ou «médiation» (moins appréciée des soignants peut-être parce qu'elle sous-entend l'idée de conflit), qu'on la mette en œuvre en prévention ou dans les soins, dans la rencontre (individuelle/collective) ou la réflexion en santé... La pratique de *l'interculturalité* fait avant tout appel à un regard particulier avec, à nouveau, une grande contribution des paradigmes des sciences sociales (anthropologie, sociologie ou psychologie sociale).

Selon Claude Clanet, cité par Cultures et Santé (Cultures et Santé asbl, 2011), l'interculturalité ou l'approche interculturelle peut être définie comme «l'ensemble des processus –psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels...– générés par les interactions des cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation.».

Il faut particulièrement souligner ici les notions de «réciprocité» et de «sauvegarde de l'identité». La première renvoie à la réciprocité dénoncée déjà par Claude Lévi-Strauss (voir supra). En effet, le «choc culturel» qui peut s'opérer dans la rencontre entre deux individus –que ce soit en général, lors de la rencontre entre un acteur de santé et un usager, entre un acteur de santé et un usager issu de la migration, etc.– ce choc est vécu de part et d'autre, par chacun des partenaires... Que le professionnel en soit particulièrement averti ne constitue qu'une étape (certes déjà ardue) dans le chemin à accomplir.

Par ailleurs l'idée de «sauvegarde» de l'identité, mais également celle de «choc» (choc culturel), plus loin celle de «conflit» culturel, évoquent une certaine violence (et donc des affects), une opposition qui mobiliseront de l'énergie, des ressources... dans une optique de résolution et/ou d'adaptation à la différence, ou d'évolution (réciproque) de l'identité des parties en présence. Cette dynamique peut éclairer la question même de *l'identité* sous un jour plus évolutif et vivant. Celle-ci n'est pas seulement quelque chose d'établi une fois pour toutes chez chaque individu, mais c'est «une dynamique d'aménagement permanent des différences, y compris des contraires, en une formation qui nous donne le sentiment de n'être pas contradictoire.».

Plus concrètement, et à l'usage des intervenants (santé, social, éducation), Margalit Cohen-Emerique a développé, au Québec et d'abord dans le secteur de la santé mentale, une approche interculturelle pour favoriser un travail de qualité avec un public diversifié. Le Service Études des Femmes prévoyantes socialistes s'est particulièrement intéressé à la première étape de cette approche baptisée «la méthode des chocs culturels»^[49] (Service Études du secrétariat national des Femmes prévoyantes socialistes, 2006). Nous en présentons brièvement les caractéristiques dans l'encadré ci-après.

Une méthode à tenter dans la rencontre avec l'usager/les publics

- **De quoi s'agit-il ?** De la première étape, essentielle, d'une démarche interculturelle qui compte 3 phases :
 1. *Décentration/méthode des «chocs culturels»* : permet de prendre conscience de ses cadres de référence comme individu ou groupe porteur d'une culture et de sous-cultures toujours intégrées dans une trajectoire

[49] Voir <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/8D4BD115-EC64-4F30-8525-F91AE8113334/0/analyse06methodechocscult.pdf>

personnelle. Permet ensuite de prendre conscience de ses «zones sensibles». Il s'agit de représentations puissantes et très chargées d'affects qui s'ancrent dans les fondements culturels de la personnalité. Selon Cohen-Emerique, il s'agit d'ethnocentrismes qui bloquent l'ouverture à l'autre et rendent difficiles la reconnaissance de l'autre.

2. *Connaître l'autre et son système, de l'intérieur* : c'est-à-dire savoir s'intéresser à l'autre dans une attitude d'ouverture, une mobilisation de la compréhension («ressources cognitives») et des ressources affectives (empathie par exemple) pour découvrir ce qui fait sens pour l'autre, ce qui fonde ses rôles, ses statuts ou croyances...
3. Résoudre des problèmes ou conflits trop importants entre les codes culturels des acteurs en présence.

– Comment (s') appliquer la méthode des «chocs culturels» ?

- *Prendre conscience de ses cadres de référence personnel et institutionnel/professionnel* implique d'identifier ses valeurs, normes et choix idéologiques propres, et ceux liés à son identité professionnelle et institutionnelle. On pourrait illustrer cela par la question souvent débattue de l'interruption volontaire de grossesse. Dans le domaine qui nous intéresse, le DT2M, on pourrait se demander comment on envisage/ont envisagées dans l'institution professionnelle, la responsabilité de l'individu/du patient et la responsabilité de l'environnement dans l'apparition et le suivi de l'affection ?
- *Se confronter aux 7 types de chocs correspondant à des zones sensibles*, susceptibles d'entraîner le rejet. Voici de quels chocs il s'agit et comment les mettre en perspective avec la question de santé qui nous occupe :
 - Le choc relatif à la *perception différentielle du corps*. On pense particulièrement ici à la représentation du surpoids et de l'obésité, ou de la minceur, chez l'adulte, chez l'enfant, etc. ;
 - ...à la *perception différentielle de l'espace et du temps*. Alors que le professionnel peut anticiper certaines complications liées au manque d'observance thérapeutique, elles peuvent n'apparaître clairement au patient (et son entourage) qu'une fois les symptômes installés ;
 - ...à des différences dans la *structure du groupe familial* : type de famille, système de parenté, rôles masculins et féminins, socialisation des enfants, etc. On pense ici particulièrement aux rôles dévolus à la femme ou à la représentation idéalisée de l'enfance (si le futur n'est pas assuré, pourquoi priverait-on l'enfant de certaines denrées ou le contraindrait-on à un régime ?) ;
 - ...à des *types différents de sociabilité* : notions de personne, hospitalité, don, etc. À propos de l'alimentation, on a par exemple vu l'importance que peuvent revêtir les notions de commensalité ou de convivialité. En situation de migration et de «déracinement», on a observé l'importance que peuvent revêtir le maintien de repas traditionnels... coexistant avec des pratiques alimentaires dites «acculturées» (par exemple, la restauration rapide) ;
 - Choc en réaction au *type de demande d'aide* (choc spécifique aux professionnels) ;
 - Choc lié à la *rencontre avec des rites et croyances magico-religieuses* dans les différentes étapes de la vie d'un individu. De manière transversale un rapport de force peut s'établir entre pouvoir décisionnel dévolu à l'institution médicale/de santé et celui reconnu à l'institution religieuse ;
 - ...relatif aux *représentations du changement* culturel, aux évolutions culturelles. La valorisation du progrès technologique, particulièrement présente en milieu hospitalier, peut aller à l'encontre de l'exercice de valeurs humaines bien plus fondamentales pour des individus et communautés.

Ce processus de questionnement continu et de retour sur les pratiques, peut être réalisé par le professionnel seul, mais également en équipe, en lien avec les valeurs, engagements (Charte, Code) de l'institution dans laquelle évoluent les professionnels.

III.3.4 S'INFORMER, COMMUNIQUER POUR PLUS DE SANTÉ : LA PART DE LA «HEALTH LITERACY»

Une faible communication avec le corps médical, et de manière générale, avec les acteurs et structures des dispositifs de santé, d'éducation ou du social, peut sérieusement peser dans la balance de l'accès –ou plutôt du moindre accès– aux ressources de bien-être, et in fine à la santé elle-même.

La «health literacy» ou littératie en santé est «la capacité de trouver de l'information sur la santé, de la comprendre et d'en prendre acte», d'après la définition de l'Association canadienne de Santé publique^[50]. En Belgique, l'asbl Cultures et santé^[51] a récemment consacré un dossier thématique à ce sujet (Cultures et Santé asbl, 2011). Toujours selon l'Association canadienne de Santé publique (ACSP), le néologisme «littératie» renvoie aux «... capacités de lecture et d'écriture que les adultes utilisent dans leur vie quotidienne. Elle désigne un mode de comportement particulier qui permet aux gens d'atteindre leurs buts, de perfectionner leurs connaissances et de réaliser leur potentiel.». Il s'agit donc bien de désigner ici des compétences individuelles qui permettront aux personnes d'être davantage actrices de leur santé et d'augmenter leur pouvoir d'agir (empowerment) sur leur santé. Le groupe d'experts de l'ACSP sur la littératie en santé parle de «culture de la santé».

Les compétences désignées par la littératie en santé peuvent recouvrir, entre autres :

- la capacité à identifier des sources d'information valides et diversifiées (Internet, services ou associations spécialisées, documentations écrites, personnes ressources dans l'entourage ou la communauté) ;
- la capacité à analyser l'information et de développer un regard critique sur l'information. Des outils permettent d'ailleurs aux utilisateurs d'évaluer la fiabilité de l'information trouvée par exemple sur les nombreux sites Internet abordant des questions de santé ;
- la capacité à faire le lien entre informations (savoirs sur la santé) et pratiques (attitudes, comportements, habitudes) en matière de santé ;
- la capacité à formuler une demande d'aide et à identifier des ressources (services, personnes, dispositifs) à même d'y répondre ;
- la capacité à énoncer et faire valoir ses droits en matière de santé, mais également dans d'autres secteurs (éducation, emploi, aide sociale, logement, etc.) impactant sur la qualité de vie.

Dans le domaine des maladies chroniques comme le DT2M, le «modèle Schillinger» (Schillinger, D., 2005) établit une relation entre littératie en santé et qualité des soins. Ce modèle pointe trois cibles d'intervention complémentaires : l'amélioration de la communication entre patient et soignant ; le renforcement des déterminants communautaires (accès aux services et aux ressources financières par exemple) ; l'élargissement de la surveillance à domicile et du support clinique (par exemple, par le renforcement des bonnes pratiques d'auto-soins et la continuité dans la communication entre patient et structure de soins).

Le Groupe de travail sur la population adulte du Centre du savoir sur la santé et l'apprentissage (Conseil canadien sur l'apprentissage) s'est intéressé à certaines catégories de publics plus fragilisés dans le champ de la littératie en santé (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007). Des recherches auprès de publics migrants (via des entretiens auprès des usagers de services de santé et auprès des professionnels), ont mené aux constats et recommandations^[52] que nous reproduisons ci-après. Si ces constats et recommandations ne peuvent être transposés tels quels à la

[50] Voir <http://www.cpha.ca/fr/portals/h-l.aspx>

[51] Cultures et Santé est une asbl de promotion de la santé, d'éducation permanente et de cohésion sociale active en FWB. Elle met en œuvre plus spécifiquement des actions (information, formation, accompagnement de projet, documentation, etc.) à destination finale des personnes vivant dans des contextes où les inégalités sociales se font particulièrement sentir. Ces projets se réalisent avec les populations concernées et avec les relais associatifs de différents secteurs. Depuis quelques années, CetS s'est construit une expertise dans la communication adaptée envers des publics multiculturels et/ou peu scolarisés. Elle conçoit des outils et des démarches pédagogiques en vue d'augmenter le pouvoir d'agir et l'esprit critique des populations... Voir <http://www.cultures-sante.be/>

[52] Voir http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/awg/factsheets_imm_ref_f.pdf

réalité belge francophone, ils méritent certainement notre attention pour nourrir les recherches et pratiques dans ce champ. Une nouvelle fois, les déterminants socio-économiques (emploi) et les conditions de vie (logement) agissent de manière significative sur l'accès au bien-être et à la santé de publics migrants. Par ailleurs, la posture des dispositifs et acteurs de soins, et particulièrement leur capacité d'ouverture à la diversité culturelle (valorisation des connaissances liées au pays d'origine, «exploitation» du caractère éventuellement multiculturel des équipes professionnelles, etc.), ont également une incidence importante.

1. Constats (Conseil canadien sur l'apprentissage)

Les principaux obstacles à une bonne santé

- Racisme et discrimination
- Pauvreté et logement de qualité inférieure
- Chômage et manque de reconnaissance des qualifications acquises dans d'autres pays
- Différences culturelles et linguistiques
- Défis d'ajustement à une nouvelle manière de vivre

Les principaux obstacles à l'accès à l'information sur la santé

- On ne sait pas où aller et quoi demander
- Barrière linguistique et faible niveau de littératie
- Manque d'information écrite ou orale en langage clair

Les principaux obstacles à l'accès aux services de santé

- Racisme et discrimination
- Manque de sensibilité culturelle de la part des intervenants en soins de santé
- Barrières linguistiques et culturelles
- Pas assez de temps avec les intervenants en services de santé
- Longues attentes dans les hôpitaux et les cliniques.

2. Recommandations (Conseil canadien sur l'apprentissage)

1. Se pencher sur les facteurs sociaux reliés à la pauvreté, l'emploi, la sécurité alimentaire et le logement ;
2. Assurer des soins de santé plus appropriés et abordables qui soient adaptés aux préoccupations des immigrants et réfugiés ;
3. Offrir de la formation antiracisme aux intervenants et intervenantes en soins de santé ;
4. Reconnaître les qualifications des médecins et autres travailleurs de la santé venant de l'étranger ;
5. Offrir une formation linguistique abordable et accessible ;
6. Développer des stratégies à plusieurs volets et des stratégies d'utilisation de langage clair pour disséminer l'information relative à la santé par delà de l'écrit ;
7. Offrir des ateliers et des groupes de discussion sur la santé aux nouveaux arrivants.

*«S'accepter dans les autres, se refuser en soi» (Lévi-Strauss)
– une posture professionnelle à travailler*

CONCLUSION

UNE MALADIE COLLECTIVEMENT ÉVITABLE

LE «SYMPTÔME DIABÈTE»

À l'examen des données épidémiologiques, la prévalence du diabète augmente mondialement, pas seulement dans les pays dits développés. Comme dans le cas d'autres maladies non transmissibles avec lesquelles le diabète partage ses déterminants principaux (alimentation et sédentarité), les populations socio-économiquement moins favorisées, et particulièrement celles qui ont un accès moindre à l'instruction, sont les plus concernées.

En approfondissant les «causes des causes», et plus spécifiquement les déterminants de l'alimentation, force est de constater que, là aussi, ces mêmes populations ont un accès moindre aux «environnements supportifs». Par «environnements supportifs», sont désignées des conditions de vie favorisant la mise en œuvre de comportements (alimentaires) les plus favorables au bien-être.

Des mesures qui permettent de transformer positivement les conditions de vie (et d'alimentation) sont identifiées et se déclinent à différents niveaux d'intervention :

- *international* : régulation de la globalisation des marchés, développement de modes de productions alimentaires diversifiés, respectueux de l'environnement et profitables au plus grand nombre, régulation des programmes médiatiques et de la publicité alimentaire ;
- *national/régional* : développement de politiques de transports et d'urbanisation favorisant la qualité alimentaire ;
- *environnement local/communauté* : politique de transports collectifs, sécurité des espaces publics et sécurité alimentaire ;
- *lieux de vie* : qualité nutritionnelle et disponibilité de l'eau dans les infrastructures de loisirs, organisation du travail favorisant une alimentation saine ;
- *individuel* : connaissance des besoins/ressources biologiques et développement de compétences personnelles et sociales en lien avec l'alimentation.

C'est à partir de la combinaison de telles mesures impliquant plusieurs secteurs d'intervention, et pas seulement la santé, que pourront être produites de meilleures conditions d'alimentation ainsi qu'une possibilité de transformation des comportements individuels, au bénéfice du plus grand nombre.

UN PROCESSUS DE FRAGILISATION À PRENDRE EN COMPTE

Dans chacune des mesures envisageables pour améliorer les déterminants du diabète, y compris dans le domaine spécifique de l'alimentation, une attention doit être portée au «gradient social», c'est-à-dire au lien systématique entre l'état de santé d'une personne/d'un groupe et sa position dans la hiérarchie sociale.

Les actions ou programmes de prévention (voire aussi les dispositifs de soins) doivent d'abord admettre l'existence d'inégalités sociales, produites le plus souvent en dehors (et en amont) du champ strictement sanitaire, pour pouvoir bénéficier aussi aux populations (individus ou groupes) qui ont un accès moindre, tant aux ressources économiques/matérielles que sociales (cf. notion de «précarité»).

Adopter une perspective de *promotion de la santé* autorise des professionnels de la prévention du diabète à activer des leviers sociaux, éducatifs ou encore culturels très larges, et particulièrement agissants en matière d'inégalité face à la santé. À titre d'exemple, promouvoir l'activité physique auprès d'un public féminin issu de la migration maghrébine demandera d'y motiver ce public, mais également de travailler avec les pouvoirs locaux pour que l'accès aux infrastructures lui soit facilité...

Dépassant la seule notion d'accès aux ressources matérielles, le phénomène de gradient social interroge véritablement la capacité de dispositifs de santé à accueillir les réalités de groupes minoritaires ou minorisés. C'est peut-être là que réside le véritable enjeu de «performance» en santé, c'est-à-dire dans une possibilité de renouvellement des pratiques et discours qui se nourrirait avant tout de la rencontre et du *lien* avec une diversité de publics.

DIVERSITÉ, COHÉSION, SANTÉ

Qu'on le veuille ou non, la «santé pour tous» est une visée qui ne trouvera son plein sens que dans la participation de «tous» à la définition des enjeux et stratégies de santé. Dans ce processus, le dialogue avec les publics positionnés comme sujets –non comme objets de santé– constitue un préalable incontournable. Les outils et démarches développés dans le champ de *l'interculturalité* offrent de bons appuis, sans doute insuffisamment investis en santé. Cette orientation suppose une prise de conscience préalable des systèmes de sens et des valeurs sous-jacents à la santé, et portés tant par les professionnels que par leurs publics.

RÉFÉRENCES

(par ordre alphabétique)

- Absil G., Vandoorne C. (2011) Évaluation du premier Plan National Nutrition Santé Belge (PNNS-B1). Université de Liège, Département des sciences de la santé publique - Santé au travail et éducation pour la santé (STES) - Appui en Promotion et Éducation pour la Santé (APES-ULg)
- Bantuelle M., Lisoir H. (2012) Un nouvel outil pour ne plus passer à côté des inégalités sociales de santé. *Éducation Santé* 275 : 2-3.
- Baudelaire, C (1896) *Petits poèmes en prose. Le Spleen de Paris : l'étranger.*
- Bergeron H., Castel P. (ss la dir.) (2010) *Regards croisés sur l'obésité.* Éditions de Santé/Presses de Sciences Po.
- Berghmans L. (2011) Investir 1 % du budget des soins dans la promotion de la santé. *Éducation Santé* 272 : 14-15.
- Buyschaert M. (2011) Le diabète : d'une pandémie à ses conséquences : comment (ré)agir ? Notes de conférence – organisée par l'Association belge du diabète.
- Caspers E., Thomas N. (2011) La santé mentale, ça se soigne ou ça se fête ? *Éducation Santé* 265.
- Census 2001, Key statistics. Townsend Index constructed by the research Unit.
- Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme (2010) *Rapport annuel Migration 2010*, disponible sur http://www.belgium.be/fr/publications/publ_rapport_annuel_migration.jsp?referer=tcm:116-128623-64
- César C. (2009) Faire les poubelles pour manger : l'écosystème fragile du glaneur. *La santé de l'Homme*, 402 :33-35.
- César C. (2009) Que sait-on sur l'aide alimentaire ?, in *La Santé de l'Homme* 402 : 31-32.
- Condroyer F. (2009) Associer les populations à la conception des messages de prévention. *La Santé de l'Homme* 402 :p27.
- Conseil Canadien sur l'Apprentissage (2007) *Cross national consultations on health and learning. Final report on Adults with Literacy Challenges and Adults Immigrants and Refugees*, disponible sur http://www.cpha-ca/uploads/portals/h-l/awg/imm_ref_e.pdf
- Conseil supérieur de promotion de la santé (2009) *Recommandations sur le «partenariat» public-privé en matière de promotion de la santé*, disponible sur <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=2386>
- Conseil supérieur de promotion de la santé (2011) *La réduction des inégalités sociales de santé, un défi pour la promotion de la santé.* Bruxelles (avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles).
- Consortium DETERMINE (David V. McQueen, Président) (2008) *Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union Européenne*, disponible sur <http://www.refips.org/files/generale/Resume%20actions.pdf>
- Cultures & Santé asbl (2011) *Dossier thématique : Littérature en santé.* Bruxelles, disponible sur <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/dossiers-thematiques.html>.
- Cultures & Santé asbl (2011) *Dossier thématique : Relation soignant-soigné en contexte multiculturel.* Bruxelles, p2, disponible sur <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/dossiers-thematiques.html>.
- Daubresse J.-C. (Éd.) (2011) *Association belge du Diabète. Le mot du président.* Bruxelles, 54(2) : 5-7.
- Daubresse J.-C. (Éd.) (2011) *Association belge du Diabète. Le mot du président.* Bruxelles, 54(5) : 4-5.
- Deschamps J.-P. (2003) Une «relecture» de la charte d'Ottawa. *Santé Publique* 3 (15) : 313-325.
- Devriese S., Huybrechts I., Moreau M., Van Oyen H. (2006) *Enquête de consommation alimentaire belge 1-2004*, Service d'Épidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, D/2006/2505/16, IPH/EPI
- Durkheim, E. (1967, 8ème édition) *De la division du travail social*, Livre II et III, Paris, Presses universitaires de France
- Éducation Santé n°245, Bruxelles, mai 2009.
- Emond A., collab. Gosselin J.-C., collab Dunnigan L. (2010) *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune.* Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, p18.
- Fédération Internationale du Diabète (2010) *Un appel à l'action dans la lutte contre le diabète*, Bruxelles, disponible sur <http://www.idf.org/webdata/Call-to-Action-on-Diabetes-FR.pdf>
- Fédération Internationale du Diabète (Éds) (2004) *Diabète et Obésité : Il est temps d'agir.* Bruxelles.



- Fisher C., Masson E. (2008) Et si partager était moins problématique que choisir ? Approche comparative transculturelle du rapport à l'alimentation. CHOLEDOC 107, Centre de recherche et d'informations nutritionnelles.
- Fondation Roi Baudouin, collab. Asbl Sacopar, collab. Observatoire Wallon de la Santé. Lentille ISS Inégalités sociales de santé : fondements théoriques, disponible sur http://www.inegalitesdesante.be/files/ISS_Fondements_theoriques.pdf
- Gedrich K. (2003) Determinants of nutritional behaviour : a multitude of levers for successful intervention ? *Appetite* 41 : 231-238.
- Godin I., Decant P., Moreau N., De Smet P., Boutsen M. La Santé des jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2008
- Hocquard A. (1996) Éduquer, à quoi bon ? Paris, PUF.
- International Diabetes Federation (2011) IDF Diabetes Atlas, Bruxelles (5ème édition).
- Kumanyika S., Jeffery R.W., Morabia A. et al. (PHAPO-IOTF) (2002) Obesity prevention : the case for action. *International Journal of Obesity* 26 :425-436.
- Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles (2012) Plaidoyer pour une politique exigeante : La santé partout et pour tous. *Éducation Santé* 274 :11-14.
- Lévi-Strauss, C. (2007) *Race et histoire*. Éditions Gallimard, Collection Folio plus Philosophie.
- McQueen D. (2011) Un défi pour la promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 18 (2)
- Métraux, J.-C. (2011) *La migration comme métaphore*, Paris, La Dispute.
- Observatoire de la Santé et du Social (2010) Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010, commission communautaire commune, Bruxelles : 73-75.
- Observatoire wallon de la Santé (2009) Tableau de bord de la santé en Région wallonne, Namur, DG05-IWEPS.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986) Charte d'Ottawa.
- Organisation Mondiale de la Santé (2004), Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, disponible sur le site : http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf.
- Organisation Mondiale de la Santé (2011) Obésité et surpoids. Aide mémoire 311, disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>
- Organisation Nations Unies (2011) Rapport soumis par le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation, Olivier De Schutter», 26 décembre 2011
- PEFONDES (2009) *Citoyenneté- Interculturalité- Dialogue : Guide pratique européen*. (Éds) PEFONDES et la Commission européenne DG Éducation et Culture, Bruxelles.
- Pelicand J., Doumont D. (2005) Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants ? Implication et influence dans les stratégies éducatives. UCL-RESO, École de santé Publique. Dossier technique 05-36.
- Question Santé asbl (2002) *Interprétariat et médiation interculturels en milieu socio-médical et hospitalier*. Bruxelles Santé 27 : 8-18, disponible sur <http://www.questionsante.org/bs/Interpretariat-et-mediation>
- Renaud L., Lafontaine G. (2011) *Intervenir en Promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique : guide pratique*. Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), p9-11.
- Roelants M., Hauspie R., Hoppenbrouwers K. (2004) *Groeicurven 2004 Anthropogenetica*, Vrije Universiteit Brussel en Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven. Disponible sur : www.vub.ac.be/groeicurven.
- Rousseau J.-J. (1754) *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, disponible sur http://classiques.uqac.ca/classiques/Rousseau_jj/discours_origine_inegalite/origine_inegalite.html
- Sanofi (2012) *Performance 2011 in Le Monde du 10-02-2012*, p7.
- Schillinger, D. (2005) A conceptual Framework for the Relationship between Health Literacy and Health Care Outcomes : the Chronic Disease Exemplar. In *Understanding Health Literacy : Implications for Medicine and Public Health*, Schwartzberg, J., VanGeest, J., Wang, C. eds.. American Medical Association Press : 181-203.

RÉFÉRENCES

Prévenir le diabète de type 2 : un autre regard

Service Éducation permanente Question Santé asbl (Éds) (2009) Obésité, les normes en question. Bruxelles.

Service Études du secrétariat national des Femmes prévoyantes socialistes (2006) La méthode des chocs culturels : sur la voie de l'action interculturelle. Bruxelles, disponible sur <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/8D4BD115-EC64-4F30-8525-F91AE8113334/0/analyse06methodechocscult.pdf>

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (2005) Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique (PNNS-B), une initiative du ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique.

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (2006) Plan opérationnel du Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique (PNNS-B).

Swinburn B., Egger G., Raza F. (1999) Dissecting obesogenic environments : the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions of obesity. *Preventive Medicine* 29(6 Pt 1) : 563-570.

TFSC (2007) Rapport de la Task Force de Haut Niveau sur la cohésion sociale au XXIème siècle : vers une Europe active, juste et cohésive sur le plan social

Tourette-Turgis C. (2008) Soignant, mais pas forcément pédagogue... in *Santé mentale* 129 : 17-19.

Van der Heyden, J. (2008) Affections chroniques. Enquête de Santé par interview :7-30. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique - Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance.

Vannoppen J. (Vredeseilanden), Kesteloot T. (Oxfam-Solidarité) (2005) Un dossier de la Coalition contre la faim, disponible sur <http://www.oxfamsol.be/fr/Agriculture-familiale-et-securite.html>

Wilkinson R. (2010) L'égalité c'est la santé. Paris, Demopolis.

Prévenir le diabète de type 2: un autre regard pour agir sur les déterminants de la santé et tenir compte de la diversité des publics

Maladie non transmissible dont la prévalence augmente sur tous les continents, le diabète de type 2 est le plus souvent vu comme la conséquence de modes de vie «inadaptés», particulièrement dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique. En prévention, les messages adressés à la population générale s'organisent autour du «manger, bouger» des Plans Nationaux Nutrition et Santé (PNNS). Bémol à ce refrain entonné à l'unisson, d'une part il a tendance à surinvestir l'individu sans tenir suffisamment compte de l'environnement dans lequel il évolue, et sans y garantir un accès équitable aux conditions d'une alimentation et d'une activité physique adaptées. D'autre part, l'invitation à manger et bouger, peut charrier des normes et standards (de poids/taille, nutritionnels, de bien-être/santé) généralement indifférents à la diversité sociale et culturelle des publics.

Ce cahier propose un triple regard ou point de vue sur la prévention, et dans une mesure moindre, sur l'accompagnement du diabète de type 2, dans un contexte traversé par les migrations :

- regard épidémiologique, pour prendre la mesure de l'expansion de cette maladie chronique et analyser ses principaux facteurs de risque (surpoids et obésité) ;
- regard de la promotion de la santé, pour envisager «autrement», plus structurellement, l'action sur les déterminants de l'alimentation ;
- regard porté par les champs de la diversité et la cohésion sociale, pour se donner des «outils» d'inclusion des publics dans les démarches de prévention, de soins...