



Le marketing et la santé

Pascale Dupuis

Ne paraît pas en août
Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623
Numéro d'agrégation : P401139
Éditeur responsable : Jean Hermesse,
chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40,
1031 Bruxelles.
Crédit photo : Fotolia

Initiatives

Alcool : « Parlez-en à votre patient... »¹

« Un conseil : ne buvez pas d'alcool au volant, vous pourriez en renverser ! » (Coluche)

D^r Patrick Trefois, Commission « Alcoologie » de la SSMG, Directeur scientifique de l'asbl Question Santé

C'est sous le titre « L'alcool, cette drogue licite banalisée... » que la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et l'asbl Question Santé ont organisé une conférence de presse en décembre 2012. Les deux associations souhaitent rappeler quelques évidences, souvent occultées, à propos de la consommation de boissons alcoolisées dans notre société.

Une enquête en médecine générale

La SSMG a créé depuis longtemps une commission « Alcoologie ». Celle-ci a participé, il y a près de 10 ans, à une étude menée en Belgique en médecine générale (Probex). Parmi les divers enseignements tirés de cette recherche, citons la prévalence importante du problème de consommation à risque ou de dépendance, qui touchait 25 à 30 % des hommes et 10 % des femmes consultant les médecins participants. Des outils d'intervention en médecine générale avaient été proposés à la suite de ce travail.

La commission « Alcoologie » de la SSMG a réalisé en fin d'année 2011 une enquête auprès de médecins généralistes, via un questionnaire électronique. 434 des 2.288 médecins sollicités ont répondu, en ligne, à un questionnaire comportant 24 questions. Le taux de réponse atteint près de 19 %, démontrant l'intérêt porté par les praticiens à cette question. Des médecins de tous âges et de tout niveau d'activités (nombre annuel de contacts/patients) ont participé, en particulier les jeunes diplômés (2001 à 2011) qui représentaient 36 % des répondants. Les principaux résultats de cette enquête :

- On constate globalement parmi les répondants une **sous-estimation** de la proportion d'une patientèle ayant un problème d'alcool.
- On peut parler d'une certaine **inertie diagnostique**, puisque seul

1 médecin répondant sur 2 s'intéresse systématiquement à la consommation d'alcool lors de l'anamnèse d'un patient, au moment d'une mise à jour de son dossier (DMG+ par exemple).²

- Le seuil quantitatif de consommation à risque, selon les critères proposés par l'OMS, est connu avec précision par 59 % des répondants pour les hommes et par 66 % pour les femmes.
- Une minorité des médecins utilisent le test Audit.
- Plus de 90 % des répondants confirment que la consommation pendant la grossesse de faibles quantités d'alcool (1 verre standard par jour), ou un épisode

de *binge drinking*, représentent un risque fœtal potentiel.

- Les répondants plébiscitent l'abstinence (85 %) comme objectif thérapeutique en cas d'alcool-dépendance.
- Un répondant sur deux se considère comme bien formé et à l'aise pour ouvrir le dialogue avec ses patients sur l'alcool. Sans surprise, les médecins se sentant bien formés abordent plus souvent que les autres la question de l'alcool avec leurs patients.

Une approche simple en consultation

Sur base de ces constatations, la Commission « Alcoologie » a lancé

Un AUDIT pour la consommation d'alcool

Le **questionnaire AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) a été mis au point par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il peut être rempli par le patient, seul ou avec l'aide du médecin. Il permet d'établir si un patient a une consommation d'alcool à risque. Il est intéressant en médecine générale car il met l'accent sur l'importance et la fréquence de la consommation. Il permet donc déjà le dépistage des consommations excessives et pas seulement des alcoolismes graves. Le test AUDIT comporte dix questions.

Un homme ayant un score égal ou supérieur à 7 a vraisemblablement un problème d'alcool. De même, une femme dont le score est égal ou supérieur à 6. Un score au-delà de 13 (valable pour les 2 sexes) signe une présomption de dépendance. Plusieurs études ont permis la validation d'une forme abrégée de ce test, appelée **AUDIT C** : dans cette variante plus légère et rapide en consultation, seules les 3 premières questions du test AUDIT sont utilisées. La sensibilité et la spécificité restent bonnes. Lorsque le score obtenu est hors norme, le test complet est pratiqué.

¹ Clin d'œil pour les habitués des campagnes médiatiques de promotion de la santé, qui très classiquement (et trop systématiquement peut-être...) se concluent par un « Parlez-en à votre médecin ».

² Le DMG ou dossier médical global contient toutes les données médicales (opérations, maladies chroniques, traitements en cours...) du patient. Il permet un meilleur accompagnement individuel et une meilleure concertation entre médecins. Le '+' est un module de prévention proposé aux patients âgés de 45 à 75 ans depuis 2011 que le généraliste peut porter en compte une fois par an. Il fait partie du DMG.

plusieurs initiatives visant :

- à sensibiliser les médecins généralistes à la prévalence importante des consommations à risque d'alcool au sein d'une patientèle de médecine générale;
- à conscientiser les praticiens sur l'existence d'une inertie diagnostique en matière d'alcoolologie;
- à développer l'usage d'outils accessibles en consultation de médecine générale (tels l'AUDIT ou d'autres);
- à former les médecins généralistes à la pratique de l'intervention brève en matière d'alcoolologie.

Pour la Commission de la SSMG, s'intéresser à la consommation d'alcool de ses patients et soutenir ceux d'entre eux qui ont une consommation à risque est à la portée de chaque médecin généraliste. Cet item est par ailleurs un de ceux repris dans le DMG+.

L'évaluation repose sur deux aspects simples, le bilan de consommation et le bilan de risque de mésusage.

Le bilan de consommation (quantité)

Le bilan de consommation est basé sur des balises définies par l'OMS, qui recommande, pour une consommation régulière d'alcool à moindre risque un maximum de 2-3 unités d'alcool en moyenne par jour pour les femmes (donc de l'ordre de 14 unités par semaine); pas plus de 3-4 unités d'alcool en moyenne par jour pour les hommes (de l'ordre de 21 unités par semaine); au moins un jour par semaine sans boisson alcoolisée. Et pour les consommations occasionnelles, pas plus de 4 unités d'alcool en une seule fois. Une unité équivaut à une dose de 10 g d'alcool ou un verre standard.

Le bilan du risque de mésusage

Il est basé sur la réalisation de tests de dépistage, comme par exemple le test AUDIT. Si ce test est positif, c'est un signe d'alerte : une évaluation plus approfondie doit être proposée au patient. Le médecin généraliste peut ainsi situer l'usage d'alcool sur une échelle de risque pour la santé de son patient : consommation anodine, usage à risques, usage nocif ou alcoolodépendance.

Le consommateur anodin ou modéré

est celui qui boit moins que les seuils recommandés par l'OMS, c'est-à-dire moins de 3 unités par jour pour un homme et moins de 2 unités par jour pour une femme. Le consommateur qui a un usage à risque est celui qui boit plus que les seuils recommandés par l'OMS, sans pour autant souffrir de répercussions négatives du fait de cette consommation.

Le consommateur qui a un usage nocif est celui qui souffre de répercussions négatives du fait de sa consommation, que ce soit sur le plan physique (hépatite, hypertension, obésité...), psychologique, social, professionnel, familial ou juridique. L'alcoolodépendant est celui qui a perdu la liberté de contrôle de sa consommation : on distingue la dépendance psychique et la dépendance physique (caractérisée par des symptômes de sevrage).

Une prise en charge par paliers

Parmi les approches validées en médecine générale, l'intervention brève est centrale. Les problèmes d'alcool sont appréhendés dans un continuum selon la gravité de la problématique de consommation ; en conséquence, l'intervention thérapeutique se

répartit depuis la simple anamnèse (cf. test AUDIT), le conseil de quelques secondes, l'intervention brève (par exemple l'entretien motivationnel) jusqu'au suivi ambulatoire de longue durée (dans le cadre d'un sevrage par exemple) et au séjour en institution.

Ce modèle de **prise en charge par paliers** privilégie ainsi l'intervention du médecin généraliste, adaptée à chaque cas particulier, la moins intensive, la moins restrictive et la moins coûteuse (en temps notamment). La gradation passe alors par la simple information du patient, l'aide à la prise de conscience par l'individu

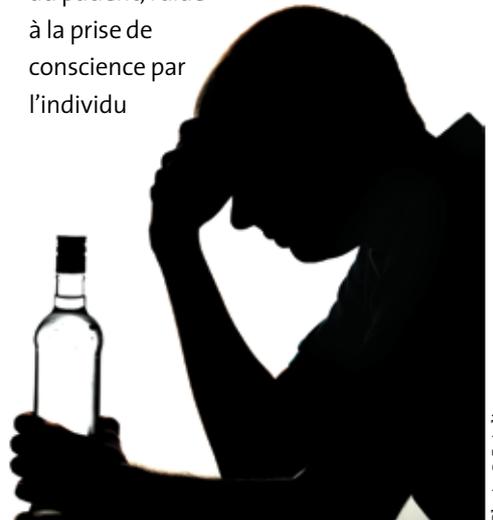


Photo © Fotolia

Déni, honte, culpabilité

Le déni de la personne qui boit trop est souvent source d'irritation chez le médecin. La Commission « Alcoolologie » rappelle que ce déni est pourtant un mécanisme au cœur du comportement qui mène à l'addiction, en quelque sorte une signature de ce mécanisme. Il s'agit pour la personne qui boit trop et qui n'envisage pas de changement, à ce stade, d'occulter tout propos qui l'impliquerait dans la mise en route d'un changement qui paraît impossible, impensable et sans objet. Le médecin qui veut accompagner une personne confrontée à l'abus d'une substance devra faire preuve d'empathie, ne pas la juger, respecter son vécu et contribuer à la motiver. Le « déni » de la personne sera majoré si le médecin ne respecte pas cette approche ; le constat

du déni doit amener le médecin à adapter son style d'entretien. Le déni est un symptôme et ne relève en rien du registre du mensonge !

Pour rappel, les changements de comportement (arrêt de consommation en cas de tabagisme ou d'abus d'autres substances) connaissent tous la même chronologie séquentielle :

- 1. le problème « n'existe » pas (déni total);
- 2. le problème existe à certains égards/moments;
- 3. le problème existe mais concrètement aucun changement n'est envisagé;
- 4. le changement est en route à certains égards et par moments;
- 5. le changement se profile et la personne consacre temps et argent à cet effet;
- 6. le changement est acquis...

d'une problématique vis-à-vis de sa consommation d'alcool, l'initiation d'un changement basé sur les ressources personnelles de l'individu, le soutien par intervention brève du médecin généraliste, etc.

Cette démarche permet d'accompagner nombre de patients vers une consommation contrôlée. Les patients ayant un usage nocif ou une dépendance à l'alcool doivent parfois bénéficier d'une prise en charge plus importante, pluridisciplinaire le cas échéant.

L'entretien motivationnel est une approche qui aborde le problème de consommation d'alcool avec empathie, de manière chaleureuse et dénuée de tout jugement; le médecin s'appuie aussi sur les ressources du patient, qui met en mouvement ses capacités propres de changement (empowerment).

Abstinence ou consommation contrôlée ?

L'abstinence est-elle incontournable ? Cette idée est très répandue, tant parmi les professionnels que parmi le public. Des travaux récents montrent que la consommation contrôlée a une place certaine dans la prise en charge des consommations à risque, à problèmes et en cas de dépendance. La consommation contrôlée peut être un objectif en soi, ou

Un dossier en ligne sur www.mongeneraliste.be

« L'alcool est très populaire dans notre société. Il accompagne des rencontres ou des repas au quotidien, il participe à la célébration des 'événements' de la vie (mariages, enterrements, anniversaires, baptêmes, fêtes, etc.). Il accompagne les joies et succès aussi bien que les peines et les échecs.

La consommation de boissons alcoolisées est tellement banalisée que l'on en viendrait à oublier que l'alcool a une toxicité et possède toutes les caractéristiques d'une drogue dure. Alors, comment garder le plaisir sans connaître les ennuis sérieux liés à une consommation à risque ? Quelles sont les balises de sécurité, quels sont les signes d'alerte à détecter ? Comment gérer sa consommation de boissons alcoolisées ? »

C'est ainsi que le nouveau dossier consacré à l'alcool est introduit sur le site www.mongeneraliste.be. Ce site, né à l'initiative de la SSMG et géré en

collaboration avec Question Santé et bénéficiant du soutien de la Mutualité chrétienne, s'adresse au grand public. Il a maintenant deux années d'existence. Il couvre près de 200 thèmes de santé, répartis en quelques rubriques : dossiers, maladies d'adultes et d'enfants, veiller à sa santé, 'le point sur'... Une rubrique d'actualités permet de réagir à certains phénomènes médiatiques. Le site connaît une fréquentation croissante, passant de près de 3.000 visiteurs en décembre 2011 à près de 23.000 visiteurs pour le même mois en 2012.

Il a récemment été lié au site www.vacc.info, afin de faciliter aux internautes l'accès à une information indépendante et validée scientifiquement, d'améliorer le référencement des contenus des deux sites et de renforcer les relations directes entre le patient et son médecin généraliste.

une étape vers une abstinence souhaitée. La commission « Alcoologie » souligne que la place du choix du patient est essentielle dans le processus de prise en charge; dans

le cadre d'un dialogue avec son médecin, le patient peut privilégier l'une des deux démarches.

Le corps humain dans le curriculum tunisien **De l'enseignement notionnel à l'éducation pour la santé**

Sameh Hrairi, Institut Supérieur de l'Éducation et de la Formation, Tunis

En Tunisie, le corps humain est un thème largement exploré dans les programmes des sciences de la vie. Les finalités de son étude sont variées : rapport au vivant¹; apprentissage et compréhension des fonctions vitales², éducation à la santé, etc. D'où la richesse de ce thème et l'importance d'une réflexion sur la façon de l'aborder afin de promouvoir la santé dans l'école. Plusieurs questions se posent : comment aborder le corps humain à l'école ? Est-ce que l'enseignement de la biologie permet de comprendre le corps humain ? Quelles conceptions sur le corps humain cet enseignement permet-il de construire chez les apprenants ? Est-ce que cet enseignement permet d'aider les apprenants à acquérir des attitudes et des comportements à l'égard des problèmes de santé ?

¹ Coquidé M. (2000). *Le rapport expérimental au vivant*. Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Université Paris-sud Orsay, Orsay.

² Giordan, A. (2004). Du corps objet au corps auteur, in Giordan, A et al. *Le corps, objet scientifique, objet technologique dans l'éducation et la culture, Actes JIES*, Cachan, 5-12.

Nous avons analysé les conceptions sur le corps humain que l'enseignement de la biologie permet de développer chez les apprenants. L'enquête, par entretien semi-directif et par questionnaire a permis de montrer que cet enseignement, centré sur des pratiques analytiques et chimiques, contribue à développer une diversité de conceptions, à la fois analytiques, analytiques-biochimiques et analytiques-totalisantes. Cependant, nous avons constaté que les conceptions analytiques et analytiques-biochimiques demeurent les plus courantes. Selon ces conceptions, le corps humain semble être réduit à ses composantes organiques et biochimiques. Il est perçu comme un ensemble de systèmes biologiques interconnectés et interdépendants sans lien entre santé et corps.

Le corps humain dans l'éducation scientifique

De même que la médecine présente une forme de savoir sur notre corps, la biologie incarne également une autre forme de savoir sur notre corps, lié à l'anatomie, à la physiologie mais également des savoirs de gestion et d'entretien de sa vie future, santé, sécurité. Ce qui permet à l'enseignement de la biologie de participer de façon spécifique à l'éducation à la santé, à la sécurité, à la solidarité, à la responsabilité et à l'autonomie et par conséquent de contribuer à l'éducation à la citoyenneté.

La spécificité de la biologie, la place du corps et les questions qu'elle suscite nous ont conduit à étudier les conceptions des apprenants sur le corps que l'enseignement de la biologie permet de construire. S'agit-il d'un corps machine, organisé en plusieurs niveaux d'intégration avec la digestion, la respiration, la circulation sanguine ? Ou

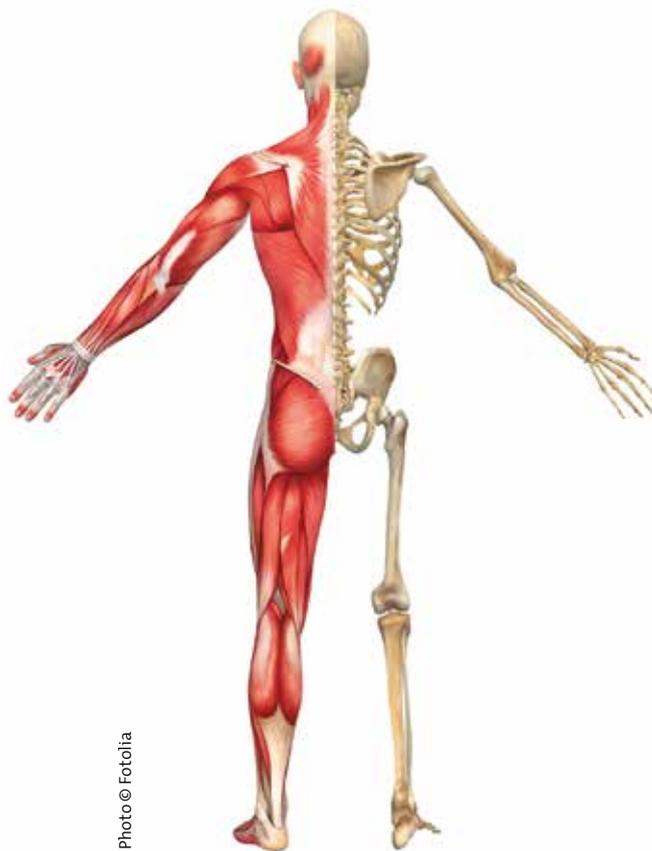


Photo © Fotolia

d'un corps selon le modèle de Terrisse³ avec ses différentes dimensions anatomique, physiologique mais aussi sociale et psychologique ?

Notre objectif étant d'analyser les représentations sur le corps humain que l'éducation scientifique, et en particulier la biologie, permet de construire chez les apprenants tunisiens, nous avons interrogé la place de ce thème dans l'éducation scientifique.

Le corps humain est un thème largement exploré dans les programmes de sciences à l'école, au collège et au lycée. Plusieurs chercheurs ont analysé la place de ce thème dans l'éducation scientifique. Ces recherches reflètent plusieurs approches du corps, qui vont du rapport au vivant (Coquidé) à l'appréhension des sensations de son corps vivant par l'élève⁴, en passant par la compréhension du fonctionnement du corps et de ses organes⁵. Quels étaient les apprentissages visés par les recherches présentées ? Quelles dimensions du corps se trouvent valorisées et quels rapports au corps seraient, par conséquent, construits ?

Les apprentissages visés par rapport au corps

L'apprentissage du corps dans sa globalité

Dans cet enseignement, le corps humain est abordé dans sa globalité. L'objectif est que l'élève acquiert des connaissances sur son propre corps. C'est le cas de la réflexion de **Guy Rumelhard**⁶ qui porte sur la question de la mise en relation de données épidémiologiques permettant d'identifier des facteurs de risque de l'obésité et de son enseignement. Il pose le problème d'enseigner le « manger » et ceci dans l'objectif de se sentir « mieux » sans être normatif et en dépassant l'apport strict de connaissances. Il questionne aussi la rationalisation et la mécanisation des corps dans lesquelles il est possible de tomber suivant l'angle avec lequel on

aborde le thème de l'obésité.

L'apprentissage du corps dans son ensemble est aussi l'objectif de **Dell'Angelo** et **Coquidé**⁷. Elles se sont intéressées aux potentialités que représentent les rencontres de l'enfant avec un animal dans la découverte de son propre corps. Le moyen utilisé est l'élevage d'animaux en classe. Les objectifs visés sont la découverte des caractéristiques anatomiques (nutrition, reproduction, relation) et l'appréhension de son individualisation et de sa finitude : connaître le fonctionnement du corps de l'enfant ; comprendre son corps ; se sentir être vivant/être pensant ; activer le rapport affectif et émotionnel au vivant ; appréhender les critères de vie (besoins vitaux, rejets de déchets, grandes fonctions), naissance, sexualité etc.

L'apprentissage du fonctionnement du corps de l'élève

Une autre approche du corps vise la construction de connaissances opératoires à son propos. Ces travaux s'inscrivent dans la continuité des études sur les

³ Terrisse A. (2001). *Didactique des disciplines, les références au savoir*. Bruxelles : De Boeck.

⁴ Marzin P. (2006). Rapport au corps : du corps analysé au corps ressenti. *Aster n° 42*, pp 7-19.

⁵ Lhoste Y. (2006). La construction du concept de circulation sanguine en 3^e : problématisation, argumentation et conceptualisation dans un débat scientifique. *Aster n° 42*, pp 79-101.

⁶ Rumelhard, G. (2006). « Corps normalisé/corps individualisé ? ». *Aster n° 42*, pp 21-36.

⁷ Dell'Angelo-Sauvage, M et Coquidé, M, (2006), « Connaissance de son corps par la rencontre avec l'animal chez le jeune élève ». *Aster, n° 42*, pp 37-56.

conceptions des élèves et sur la façon dont les élèves modélisent des connaissances scientifiques. **Lhoste** regarde comment des élèves de troisième, engagés dans un débat scientifique sur le thème de la nutrition, construisent le concept de circulation sanguine. L'apprentissage visé est l'approvisionnement des organes en énergie et en matière.

De la même façon, **Ménard et Pineau**⁸ présentent un travail visant la construction du concept de respiration. Pour ce faire, elles engagent le débat en classe à partir des questions suivantes : « *Pourquoi respire-t-on ? ; À quoi ça sert de respirer ? Comment cela se passe-t-il dans notre corps quand on respire ? Comment l'oxygène permet-il aux muscles de fonctionner ?* ».

L'entrée par la physiologie et la régulation des organes

Schneeberger et Dhoubi⁹ visent l'apprentissage de la régulation de la glycémie, en relation avec l'étude du diabète. Elles utilisent une analogie avec un système d'écoulement d'eau pour construire un système de régulation. Cette contribution s'appuie sur une conception du vivant comme un système composé d'éléments en interaction dynamique.

Clément, Mouelhi et Abrougui¹⁰ visent l'apprentissage du fonctionnement du cerveau humain. Ils ont analysé les programmes et les manuels scolaires en France et en Tunisie pour voir si les théories actuelles sur le cerveau humain (plasticité et épigénèse du système nerveux, réseaux neuronaux) y sont présentes.

Le rapport au corps

Rumelhard¹¹, dans la ligne de **Canguilhem**, pose la question de l'individualisation. Il montre en particulier que le concept d'individualité ne décrit pas un être mais une relation. Il se place résolument dans une approche globale et interne du corps. La relation au temps est aussi travaillée par le biais de la prise de conscience de la vieillesse et de la mort. Par ailleurs, **Jourdan**¹² travaille un corps vécu, investi

professionnellement. Pour elle, le corps est un « *outil de la perception du monde* », « *une caisse de résonance de l'affectif* ». Il s'agit d'un objet construit par le temps et la culture. Cependant, malgré la diversité des approches retenues par ces recherches, nous avons remarqué que les représentations globales du corps, la question de l'éducation pour la santé et celle des référents théoriques conscients et inconscients qui les sous-tendent restent peu abordées.

Le corps humain dans le curriculum tunisien

En Tunisie, sans nier l'apport des autres disciplines telles que l'éducation physique et sportive, l'enseignement des sciences naturelles présente la porte d'entrée principale à l'étude du corps humain. En effet, le survol des programmes officiels de l'enseignement des sciences naturelles nous a permis de remarquer qu'à l'école primaire, les élèves commencent par découvrir les sens et leurs fonctions par rapport à l'environnement, étudient les mouvements corporels et des éléments d'éducation à la santé (l'hygiène). Au collège, l'objectif des programmes de sciences de la vie et de la terre (SVT) en lien avec le corps est d'étudier les grandes fonctions à partir de leurs manifestations dans l'espèce humaine telle que par exemple la fonction de nutrition. Au lycée, l'étude des fonctions s'approfondit, avec une approche cellulaire et moléculaire de plus en plus importante, « *Initier les élèves à l'étude des mécanismes biologiques à l'échelle cellulaire et l'échelle moléculaire* » (Programme Officiel de l'Enseignement –1998 –Annexe XII – Sciences Naturelles, p 7). Par ailleurs, ces programmes accordent à l'enseignement des sciences naturelles au lycée des objectifs d'ordre éducatif : « *savoir reconnaître ce qui est bon pour lui* » « *être conscient de la nécessité de l'équilibre alimentaire* » « *être conscient de l'importance de l'hygiène et de la prévention dans la préservation de sa santé et de celle d'autrui* » (idem, p 9).

Le curriculum prescrit accorde ainsi à l'étude du corps humain des finalités diverses, allant de la compréhension de la physiologie du corps humain à la prévention et la promotion de la santé. En effet, les autorités ont affirmé la mission de l'école en matière de politiques de prévention et de promotion de la santé. Loin des préceptes normatifs, les programmes officiels ont accordé à l'école cette mission éducative. Elle vise ainsi à donner aux individus les moyens de leur autonomie en développant des compétences psychosociales. Plusieurs questions se dégagent : est-ce que l'enseignement des sciences naturelles tel qu'il est réalisé permet d'atteindre ces objectifs ? Quelles conceptions du corps humain cet enseignement permet-il de développer chez les apprenants tunisiens ? Se place-t-on dans un objectif de mieux connaître son corps, d'améliorer la perception que l'on en a ? Cela pose aussi la question des modèles, des normes, de l'individu et de son corps, de la diversité, de l'acceptation de son propre corps. Les références utilisées sont-elles mécanistes ? Travaille-t-on sur les images du corps et donc la relation aux autres, au monde ?

Méthodologie

Nous avons interrogé 94 étudiants tunisiens de première année Sciences de la vie de la Faculté des sciences de Sfax. Notre échantillon a été construit sur la base de volontariat. Le choix de cet échantillon n'est évidemment pas arbitraire. En effet, ces sujets sont censés avoir suivi tout le cursus de l'enseignement secondaire de la biologie d'une part et, d'autre part, ils proviennent de différentes régions de la Tunisie. Grâce à cette diversité des espaces, nous pourrions comparer les informations récoltées et voir s'il existe des différences dans la manière dont ces sujets conçoivent le corps humain liées à leurs appartenances régionales.

⁸ Ménard, I et Pineau, V. (2006). La respiration humaine au cycle 3 : problèmes construits et registres explicatifs mobilisés par les élèves dans le débat scientifique. *Aster*, n° 42, pp 109-134.

⁹ Schneeberger, P et Dhoubi, M. (2006). La régulation de la glycémie : une étude de cas en première S. *Aster*, n° 42, pp 135-158.

¹⁰ Clément, P et al. (2006). Héritarisme, béhaviorisme, constructivisme : le système nerveux dans les manuels scolaires français et tunisiens. *Aster*, n° 42, pp 187-222.

¹¹ Rumelhard, G. (2006), « Corps normalisé / corps individualisé ? ». *Aster* N°42, pp 21-36.

¹² Jourdan I. (2006). Rapport au corps, rapport aux activités physiques, sportives et artistiques et logique professionnelle : deux études de cas en formation initiale en EPS. *Aster* N°42, pp 57-78.

Nous avons demandé aux étudiants de nous expliquer si l'enseignement des sciences naturelles qu'ils ont reçu au secondaire leur a permis de comprendre leur corps, comment et pourquoi (question 1). Nous avons également demandé à ces sujets d'inscrire spontanément des mots autour de l'expression « corps humain » (question 2).

Analyse des réponses

Afin de caractériser les modèles explicatifs et les conceptions relatives au corps humain, nous avons étudié les productions des étudiants interrogés grâce à l'analyse lexicale. En effet, cette méthode d'analyse, souvent pratiquée en psychologie cognitive, en pédagogie et aussi en didactique, permet, à partir du codage d'énonciations syntaxiques, de comprendre la conception du sujet apprenant. Le présupposé qui sous-tend l'analyse lexicale est que l'usage des mots est un révélateur, indépendamment de leur place dans le discours.

En réponse à la première question, 89 étudiants sur les 94 interrogés considèrent que l'enseignement de la biologie leur a permis de comprendre leurs corps. Ils forment le groupe A.

En effet, selon ET5¹³, « au cours de cet enseignement, on a étudié différentes fonctions telles que la digestion, la nutrition et la respiration ce qui m'a permis de comprendre mon corps ».

Pour ET11 « notre corps est un ensemble d'appareils : reproductif, respiratoire etc. L'enseignement des sciences naturelles au secondaire a été une occasion pour comprendre ces appareils et de comprendre donc mon corps ».

Ou encore, pour ET28 « oui l'enseignement des sciences naturelles que j'ai reçu au secondaire m'a permis de comprendre mon corps, surtout au baccalauréat où on a étudié comment les hormones contrôlent toutes les fonctions du corps humain ».

« Oui...mais » : 5 étudiants considèrent que l'enseignement de la biologie ne leur a permis de comprendre qu'une partie du corps humain (groupe B).

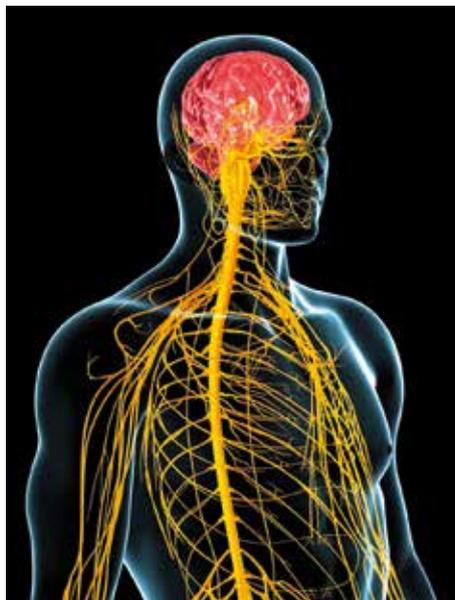


Photo © Fotolia

En effet, selon ET34 « dans l'enseignement des sciences naturelles au secondaire, j'ai étudié presque tous les organes mais je sens que je n'arrive pas à comprendre tout mon corps. Par exemple, mes sentiments ».

Pour ET51 « c'est vrai que dans l'enseignement des sciences naturelles on a vu beaucoup de chapitres sur le corps humain. On a étudié la digestion, la circulation sanguine, le cerveau et d'autres chapitres. Mais ça ne m'a pas permis de comprendre tout mon corps. Je sens qu'il y a beaucoup d'informations qui manquent. Par exemple, les liens entre la digestion et la circulation sanguine. On a vu le lien entre respiration et circulation sanguine mais pas le lien entre digestion et circulation sanguine ».

Selon ET72 « oui l'enseignement de la biologie m'a permis de comprendre mon corps mais pas tout mon corps. On n'a pas étudié tous les organes et fonctions du corps. En plus, si on a vu que l'environnement agit sur la sécrétion des hormones qui agissent sur notre corps, on n'a pas vu beaucoup d'exemples sur cette relation ».

Une diversité de mots se trouve associée au corps humain. Ces mots semblent être en concordance avec les réponses à la première question.

Ainsi les sujets du groupe A associent au « corps humain » les fonctions étudiées (nutrition, digestion, respiration) ainsi que les organes explorés (estomac, cœur, poumons, etc.). La dimension biologique du

corps humain se trouve ainsi valorisée. Par ailleurs, les apprenants du groupe B évoquent, outre les notions et concepts d'ordre biologique, des termes reflétant aussi la dimension psychologique du corps humain, tels que « émotions », « sentiments », « envie ».

Conceptions sur le corps humain

Le croisement des réponses des sujets interrogés aux deux questions nous a permis de caractériser deux conceptions du corps humain, l'une analytique et l'autre globaliste.

Conception « analytique »

Il s'agit d'une conception purement biologique du corps humain. Pour ces sujets, le corps humain présente un ensemble d'« organes », « hormones », « enzymes » et fonctions biologiques. Étudier ces différentes fonctions permettra ainsi de comprendre le corps humain.

Conception « globaliste »

Ici le corps humain est perçu comme un ensemble de fonctions biologiques mais aussi avec d'autres dimensions et surtout celles d'ordre psychologique. Pour ces sujets, il est « dynamique », il est « en échange avec son environnement », il présente des dimensions biologique, psychologique et sociale.

Comme nous venons de le voir, la majorité des étudiants (89/94) présente une conception analytique voir mécaniste du corps humain ce qui nous permet de conclure que l'enseignement de la biologie tel qu'il est pratiqué en Tunisie, construit une conception d'un corps « machine » où seules les dimensions physiologique et anatomique se trouvent valorisées.

Une discordance, relative aux objectifs et visées de l'enseignement du corps humain, entre le curriculum réel et le curriculum prescrit se trouve ainsi déglagée. En effet, les autorités pédagogiques évoquent une « conception globale » avec une visée éducative alors que le curriculum réel, centré sur l'apport notionnel et l'approche analytique, ne permet de construire qu'une conception « mécaniste », « analytique » et « biologique » du corps humain dont les autres dimensions sont gommées.

¹³ Les étudiants interrogés ont été codés de ET1 à ET94.

Par ailleurs, nous n'avons pas remarqué d'éventuelles corrélations entre l'appartenance régionale des sujets et leurs conceptions sur le corps humain.

Conclusion

L'enseignement de la biologie permet de développer différentes conceptions du corps humain. Dans le cadre de cette recherche, deux conceptions ont été détectées : l'analytique et la globaliste. La première domine très largement, dans laquelle l'apport notionnel d'ordre biologique est visé au détriment d'une approche globaliste et éducative. Ce qui explique le fait que seule la dimension biologique du corps humain semble être valorisée. **Giordan** l'a également remarqué et a considéré qu'en « *biologie, on présente un corps machine, décomposé en quelques*

mécanismes compartimentés ». Le corps humain est réduit à sa seule composante organique.

Cependant, le curriculum prescrit considère que l'école, via l'enseignement de la biologie, est censée contribuer à aider l'apprenant à comprendre et s'approprier son corps dans toutes ses dimensions.

Il faudrait donc réinterroger le rôle éducatif que peut avoir l'enseignement de la biologie au secondaire, repenser l'enseignement de la biologie et « *réintroduire un corps vivant et vécu, en l'envisageant comme 'l'auteur' d'actions et porteur de convictions et de sens.* » Et ceci par une « *mise en perspective des liens entre corps, santé, gestuelle, émotions, mais également culture, éthique, art de vivre* ». L'objectif serait d'aider l'élève à intégrer les différentes dimensions de son

corps. Sont ainsi conçues en interactions permanentes les dimensions biologique, mentale, psychologique et sociale.

Il s'agit de reconnaître et s'approprier son propre corps, de l'accepter et de réagir adéquatement dans une visée de prévention et de promotion de sa santé.

Bibliographie

- Bernard M. (1995). *Le corps*. Paris : Éd. du Seuil
- Kerlan A. et Cottet-Emmard G. (1979). *L'enfant et son corps*. Besançon : CRDP
- Orange, C. (2005). Problématisation et conceptualisation en sciences et dans les apprentissages scientifiques. *Les sciences de l'éducation – pour l'ère nouvelle*, n° 3, pp 69-93.

Réflexions

Le marketing et la santé, ou comment se servir des forces de l'adversaire

Pascale Dupuis, Correspondante Éducation Santé au Québec

Dans le monde de la santé on a plutôt tendance à prendre ses distances avec le marketing commercial pour des raisons assez évidentes. Depuis quelques années toutefois, la version sociale du marketing, celle qui cherche à faire adopter des comportements de santé, séduit ceux qui ont à cœur la santé publique. Ces techniques semblent efficaces, mais quels liens entretiennent-elles avec les principes chers à la promotion de la santé ?

Que les acteurs de la santé ne portent pas le marketing commercial dans leur cœur, cela se comprend aisément. Les centaines de messages qui nous touchent chaque jour nous incitent à consommer des produits toujours plus nombreux et souvent peu propices à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie.

Entre l'industrie et les organismes préoccupés par la santé, il faut constater que le rapport de force est disproportionné. Difficile pour David de manifester un intérêt sincère pour Goliath. L'expert québécois du marketing social **François Lagarde** évoque une relation d'amour-haine : ceux qui critiquent le marketing sont aussi souvent ceux qui y ont recours

quand l'occasion se présente à eux.

Pourrait-on les blâmer d'utiliser pour une bonne cause des techniques qui se révèlent performantes par ailleurs ? Car le marketing est vraiment efficace pour promouvoir un comportement : les montants que l'industrie lui consacrent le confirment.

Une journée pour poser un regard critique

Chaque année, les Journées annuelles de santé publique, les JASP, sont un moment fort de transfert de connaissances, de formation et d'échange pour tout le secteur de la santé publique au Québec. La seizième édition de l'événement qui

s'est tenue l'an dernier à Montréal n'a pas failli à la règle puisque près de 1 500 participants étaient une fois encore rassemblés autour d'une vingtaine de thématiques liées par le sujet transversal de « la connaissance, levier d'influence ». L'une des journées était consacrée aux pratiques et conséquences du marketing commercial, sur lesquelles l'assistance était invitée à poser un regard critique. Le comité scientifique de cette journée, coordonné par l'Association pour la santé publique du Québec, avait établi un programme visant non seulement à présenter le marketing commercial et le marketing social mais aussi à partager des interventions de santé publique susceptibles de faire contrepoids

à certaines pratiques de l'industrie. Les effets délétères du marketing sur les individus, les collectivités et l'environnement furent cités, mais on ne s'y attarda pas. Les organisateurs de la journée ont réussi le délicat pari d'évoquer le marketing sans diaboliser les pratiques et leurs auteurs que sont les entreprises commerciales.

Petite histoire du marketing

En première partie de journée, le public a eu l'occasion d'entendre l'exposé pédagogique du formateur en marketing social François Lagarde. Celui-ci présenta les notions de base du marketing commercial en suivant la chronologie de la seconde moitié du vingtième siècle.

Alors que dans les années 1960 le marketing avait pour (simple) but de faire la publicité d'un produit pour générer des ventes, il s'est complexifié dans les années 1970 avec le concept du « mix marketing » ou des « quatre P » : le marketing s'est alors intéressé au Produit, à son Prix, à sa Place (c'est-à-dire aux caractéristiques de sa distribution) et bien sûr à sa Promotion. Les années 1980 ont vu l'émergence de la segmentation : l'offre est fractionnée grâce à une diversification des produits adaptés aux nombreuses clientèles ciblées et la promotion l'est aussi, au moyen d'une multiplication des canaux de communication. Les années 1980 sont aussi celles du positionnement des marques : par l'achat d'un produit, on s'associe à une marque et aux valeurs que celle-ci véhicule.

Dans les années 1990, l'attention de l'industrie s'attache à la fidélisation de la clientèle. C'est l'époque de l'explosion des cartes de fidélité : les acheteurs sont fichés, leurs achats sont enregistrés. Les années 2000 ont vu l'essor de la co-création ou de la personnalisation du produit. Le meilleur exemple de co-création est le téléphone intelligent : des millions d'appareils sont en circulation et aucun n'est identique à un autre, grâce à une personnalisation



Photo © Fotolia

avancée des images, des musiques, des contacts et des applications.

Des pistes de solution

Le professeur **Gerald Hastings** avait fait le voyage depuis l'Écosse où il dirige l'*Institut du marketing social* et le *Centre de recherche sur la lutte antitabac*¹ dépendant notamment de l'Université de Stirling. Dans sa présentation intitulée « La matrice du marketing : comment l'industrie gagne sa puissance et comment nous pouvons la récupérer »², il exposa quelques-unes des problématiques liées au marketing commercial : le déséquilibre des pouvoirs entre l'individu et l'entreprise, la manipulation des enfants (qui représentent des cibles particulièrement fragiles et qui sont visés autant pour leur pouvoir d'influencer leurs parents que parce qu'ils sont eux-mêmes des consommateurs en puissance à fidéliser), les inégalités générées par ces pratiques et les dommages environnementaux et sociaux liés à la croissance de la consommation.

Gerald Hastings exposa plusieurs sujets : la prise de conscience critique, à laquelle les récentes crises économiques devraient contribuer, le marketing social,

l'action collective et une régulation indépendante et rigoureuse du marketing commercial. Un exemple de conscientisation et d'action collective fut d'ailleurs présenté au cours de la journée avec l'Opération *Fais-toi entendre!* qui invite les adolescents québécois à réaliser des projets structurés en vue d'influencer les décideurs pour améliorer leurs environnements. Pour sa part, François Lagarde identifie en guise de solution un triple rôle des acteurs de la santé publique : optimiser le marketing social, canaliser le marketing des produits sains et contrer le marketing des produits malsains. Le défi est de taille.

Faire contrepoids

Plusieurs études de cas furent présentées à un public avide d'en savoir davantage sur les stratégies déployées par l'industrie pour convaincre les consommateurs et sur les pratiques susceptibles d'y faire contrepoids.

Suzie Pellerin, Directrice de la Coalition québécoise sur la problématique du poids présenta le dossier des boissons sucrées, rappelant que leur consommation est identifiée par l'Organisation mondiale de la santé comme la seule pratique alimentaire toujours associée au surpoids. Après quelques données sur l'agressivité des moyens destinés à faire vendre ces produits (4 milliards de dollars consacrés à la publicité pour les boissons sucrées en 2006, 96 % des dépenses visant les jeunes), Suzie Pellerin exposa les nombreuses actions menées par la Coalition à l'encontre des boissons gazeuses, déclinées selon chacun des quatre P du mix marketing³. Par exemple, en ce qui concerne le prix, la Coalition milite pour la mise en place d'une redevance sur les boissons sucrées à l'instar de la « taxe soda » récemment instituée en France, dont les bénéfices seraient consacrés à l'amélioration de l'accès aux aliments sains. Pour agir sur la « place » (ou distribution), elle travaille notamment à diminuer la disponibilité des boissons

¹ Institute for Social Marketing et Centre for Tobacco Control Research.

² *The Marketing Matrix: how the corporation gets its power and how we can reclaim it.*

³ Le dossier préoccupant du marketing des boissons sucrées est une des priorités de la Coalition québécoise sur la problématique du poids, exposée dans le rapport *Les dessous du marketing des boissons sucrées* disponible sur www.cqpp.qc.ca



sucrées et énergisantes en encourageant les pouvoirs compétents à poser des restrictions d'accès dans les lieux publics comme les centres sportifs et dans certains commerces comme les pharmacies⁴.

Pour une « bonne cause »

L'efficacité du marketing commercial pousse depuis quelques temps certains promoteurs des comportements de santé à en appliquer les méthodes au service d'objectifs plus louables que la vente de produits. C'est ce qu'on appelle le marketing social. « *Le marketing social offre un cadre qui permet le recours aux principes et aux techniques du marketing dans le but d'amener un public cible à accepter, rejeter, modifier ou délaissier volontairement un comportement.* »⁵ indique François Lagarde en définissant son domaine d'expertise. Ainsi, le fameux « mix marketing » ou principe des quatre P est appliqué à la promotion de comportements de santé. Des deux côtés de l'Atlantique, les exemples se multiplient. Au Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine, à Montréal, ces principes ont, par exemple, permis un changement de l'offre dans les machines distributrices d'aliments. On a étudié en détail le « produit », soit le comportement promu (consommer des

produits sains et frais) et on a joué sur son « prix », c'est-à-dire non seulement le coût financier du geste visé mais aussi l'effort requis pour le poser. On s'est attardé à sa « place » c'est-à-dire au lieu et au contexte d'adoption du comportement ainsi qu'à sa « promotion » en développant la publicité des produits santé et leur attractivité. La promotion peut aussi s'appuyer sur des relations publiques, sur le concours de personnes influentes et de plus en plus souvent sur les médias interactifs.

Marketing social et promotion de la santé

D'après Jean-Charles Chebat de l'École de Hautes Études Commerciales de Montréal, le marketing n'est intrinsèquement ni bon ni mauvais, mais dépend des objectifs qui le guident. Le marketing social serait donc une « bonne » pratique, en laquelle certains voient un avenir prometteur pour la promotion des comportements de santé⁶. Mais quelque séduisante qu'elle soit, cette technique suscite certaines réflexions, même si celles-ci furent peu abordées au cours des conférences. Une première observation fut amenée par le propos de Gerald Hastings, qui posa la question importante du type d'approche préconisée. Alors que la

promotion de la santé se veut systémique et collective, le marketing vise une action essentiellement concentrée sur les comportements individuels et sur le milieu, par la modification de l'offre de produits et de l'accessibilité aux comportements de santé. L'un n'empêche pas l'autre, mais il faut garder en vue que le second pose une action plus réduite et prend peu en compte la multiplicité des déterminants de la santé. Par ailleurs, les techniques de marketing, même quand il est qualifié de social, ne sont pas souvent pensées en fonction du gradient social et prennent rarement en considération les inégalités sociales de santé. Enfin, Jean-Charles Chebat mit le doigt sur une réalité regrettable, potentiellement présente lorsque le marketing social émane de l'État lui-même : les campagnes, surtout les plus visibles, visent parfois avant tout à rendre ostensible une préoccupation gouvernementale pour certains problèmes de santé. Elles sont donc utilisées au profit de l'image de leur auteur ou de leur financeur. Ceci est d'autant plus délicat dans le cas de campagnes visant à réduire un risque pour la santé dont l'État est lui-même le pourvoyeur, comme c'est le cas des jeux de hasard ou encore, au Québec, des boissons alcoolisées via la SAQ (Société des Alcools du Québec)⁷.

Une certaine vision de l'homme

La dernière et probablement la plus importante des réflexions inspirées par cette instructive journée est la question de la vision de l'homme qui sous-tend le marketing. « *Ce qui caractérise la démarche en marketing est la place prépondérante accordée au point de vue du public visé, à ses motivations et à ses freins.* » indique François Lagarde. Le marketing s'intéresse à l'individu, à priori comme le fait la promotion de la santé. Mais s'il cherche à le connaître, c'est surtout pour mieux le persuader dans le but de le pousser à agir d'une manière jugée saine. Une

⁴ Oui, au Québec on trouve des boissons sucrées dans les pharmacies ! On y trouve aussi des chips et des barres chocolatées, mais heureusement plus de cigarettes depuis 1998...

⁵ François Lagarde, *Notre relation amour-haine avec le marketing*, dans *Investir pour l'avenir*, Bulletin national d'information du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, Vol. 4, n° 4, Octobre 2012, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

⁶ Voir notamment à ce sujet l'article d'Anne Le Pennec paru dans le numéro 270 d'Éducation Santé en juin dernier : *Dossier Campagnes de prévention : au cœur de l'évaluation. Connaissez-vous le marketing social ?*

⁷ « La SAQ est une société d'État qui a pour mandat de faire le commerce des boissons alcooliques et pour mission de bien servir la population de toutes les régions du Québec en offrant une grande variété de produits de qualité. (...) Consciente des impacts de ses activités commerciales, la SAQ contribue financièrement au maintien et au développement des activités d'Éduc'alcool dont le mandat est de promouvoir la consommation réfléchie de l'alcool (...) La SAQ a pour actionnaire le ministre des Finances, et ses administrateurs sont nommés par le gouvernement du Québec. » - extraits du site www.saq.com de la Société des Alcools du Québec.

certaine gymnastique de l'esprit est requise pour combiner cette conception de l'individu avec celle que défend la promotion de la santé, qui veut « conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »⁸.

Entre la promotion d'un comportement de santé et la promotion de la santé, il y a une différence de concepts majeure... Ceci étant dit, ces quelques réflexions ne sont pas de nature à remettre en question le développement du marketing social. Car quand les actions sont bien pensées et ne se limitent pas à des campagnes de publicité pour des comportements sains, il comporte, somme toute, plus d'avantages que d'inconvénients.

⁸ Selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

L'efficacité de la publicité

Le professeur Jean-Charles Chebat de l'École de Hautes Études Commerciales de Montréal présenta au cours de la journée un exposé bien documenté sur les effets des films et publicités susceptibles de favoriser le développement d'attitudes, de stéréotypes et d'intentions de poser un comportement à risque. Il relata plusieurs expériences convaincantes menées auprès de spectateurs exposés à des publicités ou à des films dont les personnages affichaient des comportements favorables au tabac, aux jeux de hasard ou à la conduite dangereuse. Ainsi, par exemple, il est démontré que des adolescents confrontés à des scènes modifiées du film de Quentin Tarantino

'*Pulp Fiction*' affichant Uma Thurman sans cigarette montrent une attitude moins favorable à l'égard de l'industrie du tabac et du fait de fumer et moins d'intention de fumer que ceux qui ont vu les séquences du film original.

Intéressant également, Jean-Charles Chebat partagea ses observations quant à des éventuels avertissements sous forme de textes ou d'images destinés à contrebalancer les effets des films. Il constate que les messages audiovisuels présentés en début de séquence sont susceptibles de réduire les attitudes positives envers le tabac et l'intention de fumer alors que des messages écrits n'ont aucun effet.

Locale

Les adolescents d'aujourd'hui sont-ils si différents des jeunes d'hier ?

Propos recueillis par **Colette Barbier**

Le 8 novembre dernier, le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles (CLPS) organisait une journée de réflexion sur le thème des assuétudes chez les adolescents. Intitulée « Et si nous prenions le risque d'être sur le fil ? », cette journée fait suite aux résultats de l'enquête « Assu-Études » menée par le CLPS auprès des acteurs de 130 établissements secondaires bruxellois. Elle s'inscrit dans le cadre de la mission Point d'appui aux écoles secondaires en matière de prévention des assuétudes¹

Ce sont plus de 150 acteurs qui se sont réunis à la Maison des Associations Internationales pour réfléchir autour de quelques questions en guise de fil rouge : comment être à l'écoute des paradoxes des adolescents, des adultes, de l'école, de la prévention ? Comment créer des espaces où peuvent s'inscrire la rencontre et la relation avec les adolescents et les adultes, entre l'école et la prévention ? Une particularité à relever : la journée a réuni des acteurs du secteur associatif et

de l'enseignement. Une rencontre entre ces deux secteurs s'est, en effet, avérée indispensable suite aux résultats de l'enquête « Assu-Études », et elle a donc pu se concrétiser ! Sont également venus prendre part aux échanges : les représentants de **Fadila Laanan**, Ministre de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de **Marie-Dominique Simonet**, Ministre de l'Enseignement obligatoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de



Benoît Cerexhe, Ministre de la Santé de la région de Bruxelles-Capitale.

L'après-midi a été consacrée aux ateliers suivants :

- la prévention, c'est au programme ?

¹ Voir C. Barbier 'Assu-Études. Une enquête menée auprès des acteurs de l'enseignement secondaire de la Région de Bruxelles-Capitale', Éducation Santé n° 281, septembre 2012, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1503>

- les parents, si proches et si lointains ;
- l'école, bonne à tout faire !
- quand la crise vient interpeller le rôle de chacun ;
- et les jeunes dans tout ça ?

Pour Éducation Santé, ce brainstorming fut aussi l'occasion de s'interroger sur les pratiques des jeunes en matière d'assuétudes. De quels produits sont-ils dépendants ? Sont-ils peu ou très dépendants ? Qu'est-ce qui a changé par rapport à leurs aînés ? Comment la société évolue-t-elle ? Pour répondre à ces questions, nous avons interrogé deux des intervenants de la matinée : **Damien Favresse**, sociologue à l'École de santé publique de l'ULB, et **Ann d'Alcantara**, psychiatre au Centre thérapeutique pour adolescents de la Clinique universitaire Saint-Luc.

Damien Favresse : « Des comportements jugés anodins dans le passé sont considérés comme à risque aujourd'hui. »

Éducation Santé : Les conduites à risque chez les adolescents sont-elles plus ou moins importantes qu'auparavant ?

Damien Favresse : Dans l'ensemble, on constate plutôt une diminution de l'usage des psychotropes licites et illicites : alcool, tabac, cannabis, ecstasy... Cette diminution est une tendance présente chez les adolescents en Europe, pas seulement en Belgique.

E.S. : Comment expliquez-vous cette diminution ?

D.F. : L'hypothèse partagée par une partie des scientifiques est que la population en général est beaucoup plus sensible aux risques qu'auparavant. De nombreuses informations circulent dans nos sociétés à ce sujet grâce notamment aux médias, aux nouveaux outils de communication, aux professionnels de la santé et aux intervenants de la prévention. Auparavant, l'attention de nos sociétés à l'égard des conduites à risque était moins importante, notamment parce que les connaissances scientifiques sur le sujet étaient beaucoup plus restreintes.

Je crois qu'il y a une évolution de la société et de ses valeurs. Il y a une meilleure



Hôtesse – Les Rougisseuses
(www.lesrougisseurs.canalblog.com/),
susciter le trouble et l'étonnement

connaissance sur les méfaits de certains produits et conduites qui se répand dans la société et induit à terme des changements dans les comportements. Prenons l'exemple des femmes enceintes. Avant, la plupart des médecins ne leur déconseillaient pas de boire parfois un verre d'alcool pendant leur grossesse. Aujourd'hui, le discours a changé et il est plutôt conseillé de ne pas boire une seule goutte d'alcool. On constate la même évolution pour la consommation de tabac. Auparavant, la société était également beaucoup plus permissive en ce qui concerne l'alcool au volant. Du côté des accidents de la route, il se passe le même phénomène : le nombre d'accidents de la route diminue par rapport aux années 70 mais, en même temps, il y en a toujours trop. Le contexte a donc changé et le regard sur les conduites à risque aussi. On se focalise beaucoup plus sur les éventuels dangers liés aux conduites en oubliant parfois qu'un comportement n'est pas seulement une prise de risque. Certains sociologues estiment d'ailleurs que l'on est entré dans une société où le risque est devenu l'un des enjeux majeurs, qui ne peut pas être juste une question d'experts, parce qu'il est impossible à

éradiquer et qu'il touche aussi à la liberté des individus.

E.S. : N'y a-t-il pas une plus grande diversité de prises de risques à notre époque ?

D.F. : À mon avis, il y a davantage de possibilités qu'auparavant. Les produits disponibles sur le marché sont plus nombreux. Cette plus grande diversité pose question dans la mesure où certains se demandent si la diminution de la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis n'est pas simplement liée à un transfert vers d'autres produits. Mais on voit que tous les autres comportements (consommation d'amphétamines, de cocaïne, par exemple) restent assez marginaux.

D'autres se demandent si l'on n'est pas en train de passer vers d'autres produits psychotropes, fabriqués par les sociétés pharmaceutiques, comme la Rilatine © qui est prescrite chez les enfants pour lutter contre les « troubles de l'attention ».

Je ferais un parallèle avec l'alimentation : on n'a jamais pu à la fois aussi bien et aussi mal manger. À l'heure actuelle, la diversité du choix alimentaire est beaucoup plus grande que par le passé. L'information est meilleure mais elle reste malgré tout limitée à certaines catégories de la population et tout le monde n'a pas les compétences pour décoder les informations disponibles sur les emballages. Le même phénomène se passe vraisemblablement avec les autres conduites aussi.

Sur le plan de la diversité, je crois qu'il est important aussi de ne pas oublier que, sous l'impulsion du développement des connaissances scientifiques, notre regard a changé. Il en résulte que des comportements jugés anodins dans le passé sont considérés comme à risque dans le présent. Ainsi, par exemple, de nombreux articles scientifiques sont consacrés à la dépendance au travail et au sport. Il y a quelques décennies, ce type de question ne se posait même pas. Avant, l'étude du risque s'appliquait davantage à des comportements plus extrêmes tels que la toxicomanie ou le suicide alors qu'à l'heure actuelle, il s'applique à une multitude de conduites (mauvaises habitudes alimentaires, usages exagérés

de multimédias, absence de port du casque à vélo, etc.). Finalement, ce qui a fondamentalement changé, c'est le fait que la notion même de risque a évolué avec cette prise de conscience que toute conduite peut présenter des risques.

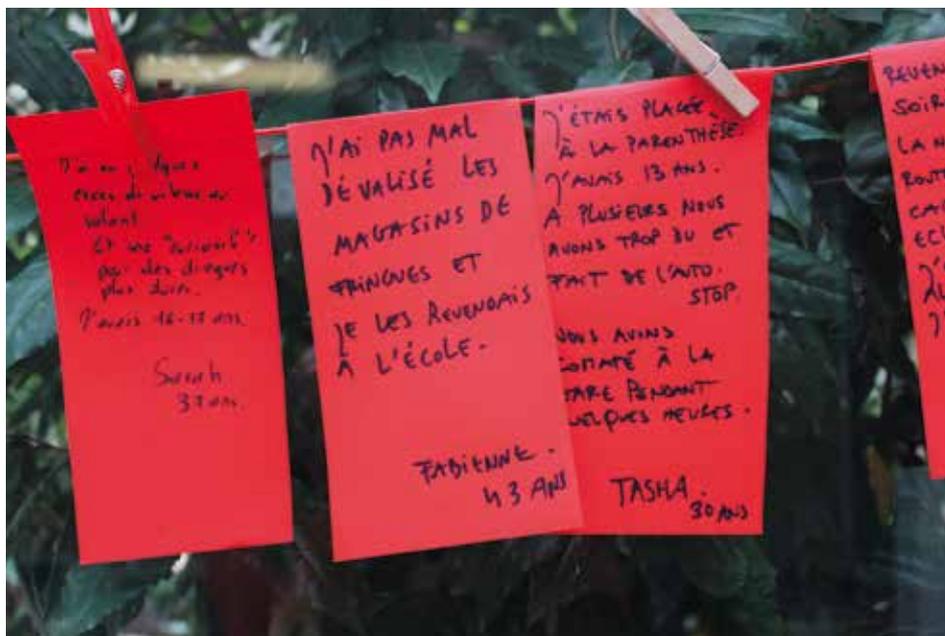
Ann d'Alcantara : « À chaque génération, le visage et les modalités de l'adolescence évoluent et changent. »

Éducation Santé : Qu'est-ce qui a changé pour les adolescents d'aujourd'hui ?

Ann d'Alcantara : Aujourd'hui, l'adolescence doit se traverser dans une culture qui, elle-même, fonctionne sur un paradigme adolescentaire. Cela signifie que la culture adopte des comportements qui sont en miroir avec ceux des ados.

C'est une conséquence de l'économie qui a la croissance pour modèle. Nos vies sont gouvernées par une économie qui plonge la population dans un bain où la publicité fonctionne sur une confusion entre le désir et le besoin. Nous vivons dans un rapport au temps qui privilégie l'immédiateté : on achète, on consomme et on jette. La publicité nous fait croire que nous avons besoin d'un produit. Elle nous pousse à l'acheter dans l'urgence car il y a une promo à ne pas rater. Le produit est utilisé tout de suite et rapidement jeté car ça revient moins cher d'en acheter un nouveau plutôt que de le réparer. Il n'y a donc pas de durabilité.

Ce mode de fonctionnement correspond à la pulsion adolescentaire. À l'inverse de l'enfant qui grandit lentement et pour qui les choses évoluent graduellement, le jeune qui entre dans l'adolescence est submergé émotionnellement, avec une énorme intensité, nouvelle qui plus est. Il est en rupture avec l'évolution qu'il a connue jusque-là. Il entre dans un temps de transformation qui est de l'ordre de la mutation, avec une perte de repères, un nouveau rapport au corps. Cela provoque un sentiment d'étrangeté. Un travail de reconstruction doit se faire. Le jeune va apprendre à habiter son corps, à le réapprivoiser, à réajuster les choses. Cela correspond au travail psychique de l'adolescence.



Papiers rouges – Sur le fil, laissez parler les petits papiers

Ce vécu qui le projette, le soumet à quelque chose de fort, d'intense, cette tempête pulsionnelle demandent à être soulagés dans l'immédiateté.

Cette traversée-là est en miroir avec la manière dont l'économie plonge la société dans un fonctionnement privé de temporalité. De ce fait, les adultes sont pris dans un mode de vie où ils n'ont pas le temps. Du coup, ils ne sont pas apaisants. Or, pour être apaisé, l'ado a besoin que le monde extérieur ne soit pas en écho avec son vécu intérieur. Ce n'est donc pas facile pour un ado.

E.S. : Dans un tel contexte, comment les jeunes traversent-ils l'adolescence ?

A. d'A. : Il y a 20 ans, quand on demandait aux adultes ce que l'adolescence évoquait pour eux, ils parlaient de puberté et de crise. Les mots « crise » et « puberté » associés à l'adolescence faisaient partie du bain culturel de l'époque. Aujourd'hui, ces deux mots n'apparaissent plus en association avec l'adolescence dans le vocabulaire de la vie quotidienne. D'une part, cela illustre bien le fait que l'adolescence est une production de la culture. D'autre part, ce n'est pas pour autant que l'adolescence ne fait pas crise pour le sujet. Une mutation, une rupture d'équilibre est bien en cours. Cela provoque forcément une crise. Mais si on n'associe plus culturellement l'adolescence au mot « crise », c'est parce que, dans le

rapport intergénérationnel, le saut a été tel au niveau de la civilisation que l'on ne parle plus du fossé des générations, c'est-à-dire de deux générations qui ne se comprennent plus. Or, dans les années 60, 70 et 80, on parlait bien de ce fossé entre deux générations. Avant les années 60, ce fossé n'a pas toujours existé non plus. De nouveau, cela montre que l'on est face à un effet de la culture.

À chaque génération, le visage et les modalités de l'adolescence évoluent et changent. Actuellement, ces changements se font très rapidement car tout change très vite. Cela s'explique par l'accélération dans la culture. Au moment où cette accélération s'est mise en route, tout a été trop vite et il y a eu un décrochage : subitement, les parents n'ont plus compris pourquoi et comment fonctionnaient les jeunes, pourquoi ils réclamaient et revendiquaient. Ils ne comprenaient pas et n'acceptaient pas.

C'est logique. Par exemple, jusque-là, une jeune fille devait arriver vierge au mariage, religion ou pas. L'homosexualité était considérée comme une maladie ou une perversité. Toute la société voyait ces choses d'un même œil. D'un coup, on est passé d'une génération qui baignait dans la certitude, qui ne doutait pas de ce qu'était la normalité, à une génération qui a dû se soumettre à une remise en question des valeurs. Vous imaginez le travail mental

que ça représente ? Énormément de parents d'ados ne savent plus quoi penser : qu'est-ce qui est normal ? Que puis-je permettre ?

Si les parents des ados d'aujourd'hui sont initiés à l'informatique, ce qui n'était pas le cas il y a dix ans, ils sont par contre dépassés par une série de pratiques que partagent les ados : les assuétudes aux jeux online, aux ordinateurs, l'effet des réseaux sociaux, le porno. De nouveau, les parents sont perdus. C'est toujours lié à ce fameux effet de culture. Personne n'a demandé ces changements, les gens y sont soumis. Cela peut créer du désarroi. Quand la génération des adultes est perdue, dans le doute, quand elle ne sait pas comment répondre, ne se rend même pas compte, ou est peu intéressée, les effets sur les ados sont forcément considérables. En tout cas, les ados ne peuvent plus compter sur les effets apaisants d'une génération qui était stable.

E.S. : Dans une société qui connaît de tels changements, de tels bouleversements, où tout va de plus en plus vite, comment les jeunes se situent-ils par rapport aux conduites à risque ?

A. d'A. : Les conduites à risque font partie de l'adolescence, on le sait depuis toujours. C'est lié à l'immédiateté, aux tempêtes pulsionnelles qui mettent de l'intensité, à la question de la crise subjective pour les sujets. Quelque chose fait crise pour le sujet et un travail psychique s'élabore autour de la question de la limite, de la transgression, de l'identité, du relais, etc. Dans un environnement où rien n'est permis, les risques seront beaucoup moins dangereux que dans un environnement où tout est permis. Prenons la question de l'art. Depuis 30 ans, la dimension transgressive a quasiment été constitutive de ce qui confère une valeur artistique. C'est dans la nouveauté, la différence, le choquant, le risqué, le jamais fait, la transgression que se trouvent aujourd'hui la valeur et la reconnaissance. Alors qu'auparavant, l'art était aussi du côté de l'érudition, de la performance, de la répétition inlassable.

Nous ne sommes donc plus du tout dans les mêmes valeurs. De nouveau, les effets de culture sont majeurs.

Pour en savoir plus...

Prospective Jeunesse vient de sortir un numéro de son excellent trimestriel *Drogues Santé Prévention* entièrement consacré aux actes de la journée d'études du CLPS de Bruxelles. Au sommaire :

- Et si nous prenions le risque d'être sur le fil ?, par *Catherine Végaïrginsky, Patricia Thiebaut et Melissa Chebieb*
- La bonne parole du politique, par *Julien Nève*
- La place de l'école dans l'adoption des conduites à risque, par *Damien Favresse et Pascale Decant*

- L'école est-elle un lieu de prévention ?, par *Ann d'Alcantara*
 - Nous sommes tous des experts (synthèse des ateliers), par *Alain Lemaitre*
- Prospective Jeunesse Drogues Santé Prévention n° 64, hiver 2013, disponible au prix de 4 euros frais d'envoi inclus à Prospective Jeunesse, chée d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles. Tél. : 02 512 17 66. Courriel : revue@prospective-jeunesse.be. Internet : www.prospective-jeunesse.be, onglet 'la revue' (tous les numéros y sont accessibles)*

Mais il faut souligner une énorme contradiction : d'une part, nous évoluons dans une société où tout est permis, possible, où la transgression est reconnue, est même devenue une valeur et, d'autre part, la même société recherche constamment le risque zéro. On le voit, les réglementations sont de plus en plus contraignantes dans tous les domaines. Dès qu'il y a un problème, un accident, un drame, on recherche le coupable et on le pointe du doigt, on lance une campagne d'information avec l'espoir que cela n'arrivera plus... Cette contradiction rend de nouveau les choses très difficiles. Alors, l'assuétude, c'est une bonne porte de sortie. En effet, si la prise de risques et la transgression sont nécessaires à l'adolescence, mais si tout est possible et permis, les ados devront aller très loin pour chercher et trouver la limite. Ils vogueront forcément dans des zones dangereuses.

E.S. : Jusqu'où vont-ils ?

A. d'A. : Ils mettent leur avenir en jeu et pour cela, ils jouent avec la réussite scolaire car c'est une façon pour eux de se déployer. Quand on regarde les chutes de résultats dans le 2^e degré, il s'agit massivement d'effets de l'adolescence. Souvent, même à son insu, l'ado se cherche et cherche ses parents pour lesquels la réussite scolaire reste plus importante que tout le reste. Les ados pourraient embêter leurs parents parce que ceux-ci les empêchent de sortir, limitent leurs sorties, refusent

qu'ils reçoivent des copains pour la nuit, interdisent tatouages et piercings. Tout cela étant généralement autorisé, ils mettent en danger leurs projets d'avenir en flirtant avec l'échec.

E.S. : Alors, qu'en est-il des assuétudes chez ces jeunes ?

A. d'A. : Pour commencer, 'assuétudes' est un mot qu'on n'utilisait pas dans le temps... Si 'objectivement' certaines consommations ont quantitativement diminué, subjectivement, sur un mode plus 'soft', le climat d'assuétudes s'est répandu : l'éventail s'est élargi, pour certains, les téléphones *androids* ont même remplacé le cannabis !

Si on prend l'alcool, le cannabis, la cigarette, les ordinateurs, les jeux online, les GSM, les consoles de jeux vidéo, certains comportements alimentaires ou même certaines pratiques sportives, les assuétudes n'ont pas diminué. En même temps, les parents sont plus et mieux avertis, ils sont aussi plus inquiets. Les assuétudes se sont démocratisées, massifiées et parfois banalisées. Mais pour la majorité des ados, ce sera une phase qui leur permettra d'expérimenter et de tester leurs limites à leurs dépens !

CLPS Bruxelles, rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles. Tél. : 02 639 66 88. Courriel : info@clps-bxl.org. Internet : www.clps-bruxelles.org

Lu pour vous

La Fondation Roi Baudouin soutient les initiatives locales de lutte contre les inégalités sociales

Simon Trappeniers

En Belgique, les inégalités sociales en matière de santé ne s'améliorent pas. Pire, elles augmentent, selon les conclusions de l'étude TAHIB¹ (2010). C'est pourquoi depuis de nombreuses années déjà, la Fondation Roi Baudouin œuvre pour placer les inégalités de santé en haut de l'agenda politique.

Sur le terrain, cela se traduit principalement par des soutiens à des projets concrets. Suite au lancement de deux appels à projets locaux en 2010, l'un en région bruxelloise et l'autre en Wallonie, deux brochures ont été publiées au printemps 2012, afin de présenter ces projets de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les inégalités de santé chez les jeunes en région bruxelloise - Comment agir au niveau local ?

Le premier appel concernait des projets locaux menés à Bruxelles et s'adressant à des jeunes entre 15 et 25 ans, issus pour la plupart de quartiers défavorisés. En effet, d'après les dernières enquêtes de santé, 12,5 % des jeunes Bruxellois ne s'estiment pas en bonne santé (pour 5,7 % dans les grandes villes en Flandre et 11,7 % en Wallonie). De plus, 17 % des Bruxellois de 18 à 25 ans vivent avec un revenu d'aide sociale ou de remplacement. Les actions de proximité de ce type ont donc tout leur sens.

La brochure issue de cet appel à projets présente 8 initiatives.

La première, menée par l'asbl *Bravvo*, concerne la prévention en matière de vie sexuelle et affective.

« *No stress* », menée par l'association de quartier *L'Abordage*, vise à accroître le bien-être des jeunes de la cité d'Essegem, à Jette, et à leur apprendre des habitudes de vie saine.

En proposant un parcours de quatre mois combinant pratique régulière d'un sport et conseils en matière d'alimentation



et santé, *Buurtsport Brussel* a motivé un groupe de femmes d'origine étrangère en faveur d'un style de vie plus équilibré.

Exil – un centre de santé mentale spécialisé dans la réhabilitation des réfugiés ayant été victimes de tortures et/ou de violences dans leur pays d'origine – a apporté plus d'autonomie et de liens sociaux à des mineurs étrangers non accompagnés... via des ateliers de cuisine.

« *Des jeunes expliquent la santé à d'autres jeunes* ». 150 élèves de l'école secondaire KTA de Jette ont eu l'occasion de participer à une consultation médicale auprès d'étudiants en médecine/pharmacie de la VUB. Le but était de permettre aux jeunes de rencontrer d'autres jeunes susceptibles de répondre aux questions sur leur santé. L'asbl *Mosaïc*, une maison de quartier multidisciplinaire, propose une méthode pédagogique – le « drama » – qui explore

le ludique et l'artistique, afin de découvrir les potentialités et capacités de chacun, en exprimant son propre vécu dans le jeu dramatique.

Jeugd en Stad, installée à Molenbeek, suit depuis deux ans sept clubs de football de quartiers défavorisés à Bruxelles. Avec les jeunes et les bénévoles, quatre animateurs mettent en place des compétences sportives et socio-éducatives.

Enfin, l'antenne nommée *La Bougie*, un espace communautaire de la cellule de prévention d'Anderlecht, propose des ateliers d'écriture, qui se sont développés en ateliers musicaux.

Inégalités de santé et initiatives locales - Bonnes pratiques en Wallonie autour du logement

Le second appel à projets, lancé en partenariat avec l'Observatoire wallon de la santé, concernait les initiatives visant à réduire les inégalités sociales de santé liées au logement en Wallonie. L'objectif : favoriser un habitat et des lieux de vie de qualité, en intervenant sur les facteurs de risque tels que l'excès d'humidité, la pollution, le stress, l'absence de réseau social, une mauvaise hygiène de vie, etc., ainsi que sur les facteurs protecteurs (activité physique, liens sociaux, estime de soi, par exemple). Au-delà du soutien financier, la Fondation a organisé un accompagnement individuel et des moments d'échange collectifs. Ce sont ici neuf initiatives qui sont présentées.

¹ Tackling Health Inequalities in Belgium. Étude menée par l'Institut scientifique de santé publique (ISP), le Centre d'études socioéconomiques de la santé (SESA) de l'Université catholique de Louvain (UCL) et le Steunpunt Demografie de la VUB pour le compte du Service public fédéral de Programmation politique scientifique.

La première est menée par le CPAS de Waremmé. Elle a pour objectif de tisser des liens entre locataires de logements sociaux, via un potager communautaire bio, des ateliers de cuisine, des stages d'été, etc.

Quatre autres initiatives sont également basées sur l'expérience d'un potager communautaire comme source de cohésion sociale et d'amélioration du bien-être. Ainsi, le CPAS d'Orp-Jauché a choisi de favoriser l'intégration sociale des familles précarisées et isolées en lançant un projet centré sur une alimentation saine et l'aménagement d'un jardin communautaire. À Tellin, grâce à l'association D.E.F.I.T.S, un potager pour les personnes défavorisées a également été aménagé. À Chaudfontaine-Vaux, grâce à la Régie des quartiers, les habitants des maisons sociales peuvent désormais cultiver leurs légumes grâce à l'aménagement d'un potager communautaire. Enfin, suite à la demande de rénovation des balcons de l'immeuble « La Belle Maison », le service logement de la Commune de Marchin a vu une belle occasion d'améliorer le cadre de vie des personnes âgées (rénovation des balcons d'un immeuble social pour personnes âgées, les encourager à y aménager un petit potager et tisser ainsi des liens entre locataires).

Le projet « Dis-moi où tu loges, je te dirai comment tu vas » vise à améliorer la santé globale et le confort de l'habitation de la population de Péruwelz, en organisant des moments de rencontre avec des experts de terrain.

La Régie des quartiers de Verviers et le Service d'activités citoyennes d'Ensival ont dressé un état des lieux de la santé et du logement dans le quartier d'Ensival et mis sur pied des groupes de parole pour les habitants afin de leur permettre de s'impliquer dans leur santé et leur logement.

Une expérience originale de formations autour de la thématique du logement a été lancée par l'asbl Habitat-Service, en

partenariat avec plusieurs associations et services publics liégeois (tri des déchets, entretien du logement, économies d'énergie, droits et devoirs vis-à-vis du propriétaire...). Il s'agit de rassembler les compétences pour apprendre aux personnes en situation précaire à se créer un cadre de vie sécurisé et sain.

Enfin, l'asbl Les Chanterelles (Seraing) a mis sur pied un logement accompagné « pas comme les autres » pour personnes handicapées.

Les deux brochures sont disponibles sur le site de la Fondation Roi Baudouin (<http://www.kbs-frb.be>, onglet « Publications »). Une version imprimée peut aussi être commandée (gratuitement) sur le même site, par courriel à l'adresse publi@kbs-frb.be ou auprès du centre de contact au 070 233 728, fax 070 233 727. À noter, ces deux brochures présentent également la Lentille ISS², un outil d'analyse centré sur l'équité, mis au point en collaboration avec une équipe scientifique de l'Université de Gand et l'asbl Sacopar, afin d'aider les responsables dans leurs démarches sur le terrain. Cet outil s'adresse à tous les acteurs qui ont l'ambition d'améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population au niveau local, qu'ils soient décideurs



institutionnels, coordinateurs, acteurs professionnels ou bénévoles. La Lentille ISS permet de s'interroger sur la façon dont un projet tient compte de la diversité sociale de la population, sur les différents groupes qui composent la population concernée par un projet, la façon dont les stratégies et les activités en œuvre dans un projet contribuent à améliorer la situation de tous les groupes et enfin, sur la capacité du projet à réduire les écarts existants entre les groupes différents.

Perception des inégalités de santé par les responsables locaux : rapport de recherche

(d'après un communiqué de l'Observatoire wallon de la santé)

Dans le cadre du suivi de projets destinés à réduire les inégalités sociales de santé au niveau local et soutenus par la Fondation Roi Baudouin, l'Observatoire wallon de la santé et la Sonocom³ ont réalisé une étude rendant compte, à partir d'interviews réalisées dans neuf communes, de la perception des inégalités de santé de différents responsables locaux. Ce document se penche

notamment sur deux questions : les conditions de la participation citoyenne et les conditions d'une bonne articulation des logiques publiques et associatives. Pour en consulter les résultats, rendez-vous sur le site de l'Observatoire wallon de la Santé : <http://socialsante.wallonie.be/?q=news-brochure-ows-rapport-recherche>

² La Lentille ISS (en format PDF), son mode d'emploi, un glossaire, des ressources complémentaires et un espace pour des questions sont disponibles sur le site www.inegalitesdesante.be. Voir aussi Éducation Santé n° 275, février 2012, Bantuelle M. et Lisoir H., « Un nouvel outil pour ne plus passer à côté des inégalités sociales de santé », téléchargeable à l'adresse <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1448>

³ Sonocom est un bureau d'études spécialisé dans les enquêtes et sondages dans le secteur social : logement, jeunesse, insertion socioprofessionnelle, formation, éducation... Internet : www.sonocom.be

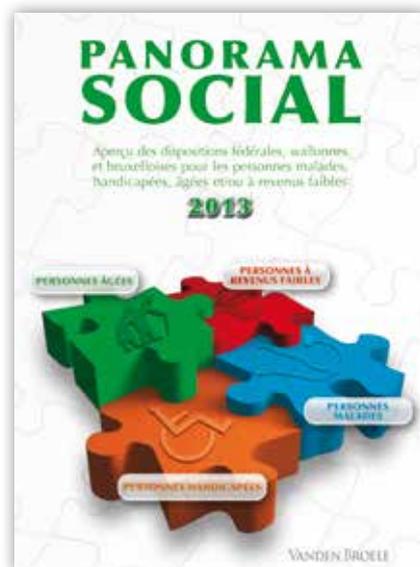
Le Panorama social 2013

Le service social de la Mutualité chrétienne publie la huitième édition mise à jour de ce guide des législations sociales et dispositifs sociaux en vigueur aux niveaux fédéral, wallon et bruxellois. Une véritable mine d'informations.

Avec cet ouvrage de référence, les auteurs entendent faire profiter les intervenants sociaux et le grand public de leur expérience en abordant toutes les dispositions sociales en vigueur dans notre pays concernant les personnes malades, handicapées, âgées et/ou à faibles revenus. Où dois-je m'adresser pour obtenir des allocations aux personnes handicapées ? Suis-je dans les conditions pour bénéficier d'un remboursement préférentiel en soins de santé ? En tant que malade chronique, ai-je droit au tarif téléphonique social ? À quelles conditions puis-je bénéficier d'une intervention du « Fonds Chauffage » ? Autant de questions parmi beaucoup d'autres auxquelles le *Panorama social 2013* apporte des réponses concrètes.

Pour s'y retrouver facilement, le lecteur a le choix entre une table des matières classique et un 'plan croisé' du livre qui permet de retrouver les infos classées par groupe cible (les personnes malades, les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes en difficultés financières). Tous les sujets sont dotés d'un symbole permettant d'identifier immédiatement les publics concernés. En outre, un index des mots-clés en fin d'ouvrage en rend aussi la consultation plus aisée.

Vous pouvez vous procurer le guide au prix promotionnel de 32 € (frais de port compris) si vous le commandez avant la fin de ce mois. Dès le 1^{er} mai 2013, il sera vendu en librairie au prix de 52 €. Une formule



d'abonnement à 42 € est également possible, qui vous permet de recevoir automatiquement l'édition annuelle mise à jour.

Pour obtenir le *Panorama social 2013*, envoyez vos nom, prénom et adresse avant le 30/04/2013 au service social de la Mutualité chrétienne, chaussée de Haecht 579 BP 40, 1031 Bruxelles.

Courriel : service.social@mc.be.

Vous pouvez aussi le commander le via <http://www.mc.be/la-mc/conseil-aide/service-social/panorama.jsp>.

Données L'Enquête de santé 2013 est lancée !

Christian De Bock, Comité scientifique de l'Enquête de santé, d'après un dossier de presse de l'Institut scientifique de santé publique

Comme tous les 4 à 5 ans depuis 1997, l'Institut scientifique de santé publique (WIV-ISP) lance une nouvelle enquête de santé au sein de la population belge. Durant toute l'année 2013, les enquêteurs interrogeront plus de 10.000 personnes à travers le pays. L'enquête vise à apporter un éclairage sur l'état de santé des citoyens et à mieux connaître leurs besoins en la matière. Les résultats devraient permettre aux autorités de piloter une politique de santé plus proche des besoins et des attentes des citoyens.

6.000 ménages tirés au sort en Belgique

L'enquête, commanditée par le gouvernement fédéral, les Communautés et les Régions, vise à interroger 10.750 personnes à travers le pays.

Elle a commencé en janvier 2013 et se poursuivra durant toute l'année. Environ 6.000 ménages (d'une ou plusieurs personnes) ont été tirés au sort dans 158 communes belges. Cette enquête de grande envergure

s'adresse à tous les citoyens, sans distinction d'âge, de nationalité ou d'état de santé. Tout ménage inscrit au Registre national est donc susceptible d'être sollicité pour participer à l'enquête. Toutes les précautions d'usage ont été

prises en matière de respect de la vie privée des personnes interrogées, la Commission pour la protection et le respect de la vie privée ayant d'ailleurs émis pas moins de 18 autorisations et recommandations avant le démarrage de l'enquête via ses comités sectoriels 'Registre national' et 'Sécurité sociale – santé'.

Un baromètre de l'état de santé en Belgique

L'enquête, organisée tous les 4-5 ans, apporte un éclairage sur l'état de santé de la population en général et permet d'en savoir plus sur des thématiques spécifiques comme la consommation de médicaments, les habitudes en matière d'activité physique, l'influence du contexte socio-économique sur la santé, l'état de santé des seniors, etc.

Des résultats qui favorisent une politique de santé proche des citoyens

Les résultats permettent d'identifier les besoins de la population. Ils permettent aussi d'orienter les décisions en matière de politique de santé et d'en évaluer les effets. Les données obtenues peuvent conduire par exemple à mener des campagnes d'information, à adopter des mesures de prévention collective pour certaines maladies, à faciliter l'accès à certains

traitements, à investir dans des secteurs d'aide et de soins à la population.

Dans la pratique...

Si un ménage est tiré au sort, il reçoit une invitation officielle expliquant les objectifs et le déroulement de l'enquête. Ensuite, un enquêteur ou une enquêtrice agréé(e) prendra contact avec le ménage afin de convenir d'un rendez-vous pour une interview à domicile. Pour effectuer ces interviews, le WIV-ISP fait appel à la Direction générale statistique et information économique (DGSIE) du SPF Économie.

Les informations sont recueillies de deux manières, en face à face et au moyen d'un questionnaire auto-administré.

L'entretien en face à face assisté par ordinateur auprès de chaque personne sélectionnée dans le ménage comprend des questions relatives à l'état de santé, à la consultation auprès des prestataires de soins, à la consommation de médicaments, et aux caractéristiques socio-économiques du répondant. Certaines questions qui se rapportent au ménage comme la taille du ménage ou les revenus globaux sont adressées uniquement à la personne de référence ou son partenaire. Si certaines personnes ne peuvent répondre elles-mêmes aux questions, par exemple des enfants ou des personnes trop affaiblies,

une autre personne du ménage répond à leur place, par procuration.

Le **questionnaire auto-administré** est rempli directement par les participants âgés de quinze ans et plus. Ce questionnaire n'est pas validé pour les individus plus jeunes. Il comprend des thématiques plus sensibles ou privées, comme par exemple les problèmes de santé mentale, la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, les connaissances en matière de protection contre le virus du sida, etc.

À la fin de l'interview, les enquêteurs demandent aux répondants s'ils veulent être recontactés pour participer à une enquête supplémentaire organisée par une cellule interuniversitaire regroupant les facultés de médecine dentaire belges. Cette enquête vise à évaluer la santé bucco-dentaire de la population belge pour proposer des recommandations en matière de politique de santé dentaire.

Une participation volontaire

Tout à fait volontaire, la participation des ménages à cette enquête est très importante : pas seulement pour la production de résultats pertinents mais aussi pour chaque ménage participant. Ces données permettront le développement de politiques de santé proches des besoins réels des gens.

Concrètement, à quoi peut servir cette enquête ?

L'Enquête de santé 2008 a montré que de plus en plus de citoyens belges souffrent d'une maladie chronique (progression de 23,8 % en 2004 à 27,2 % en 2008). À l'initiative du gouvernement fédéral, un statut spécifique pour les personnes atteintes d'une affection chronique a été créé. Ce statut permettra notamment aux patients de bénéficier du tiers payant (ils ne devront plus avancer l'argent pour les soins de santé remboursés par la mutuelle). L'Enquête de santé 2008 a montré aussi que les habitudes nutritionnelles ne sont

pas idéales en Belgique (par exemple, seulement un tiers de la population mange les quantités de fruits recommandées par jour). À l'initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles, un cahier spécial des charges de référence sur l'alimentation saine et durable a été mis à disposition des écoles maternelles, primaires et secondaires ainsi que des centres de vacances afin de les inciter à proposer des repas de midi plus équilibrés¹. La Flandre suit également ces objectifs 'santé' puisqu'elle a lancé un plan d'action pour

inciter les gens à manger plus sainement et à bouger davantage, la campagne 'Goed in je vel, dat voelt beter' (<http://www.datvoeltbeter.be>). Grâce à un long travail de standardisation, auquel la Belgique a participé activement, les méthodes utilisées dans le cadre de ce genre d'enquête ont été harmonisées au niveau européen. Les résultats de l'enquête belge de 2013 pourront donc être mis en perspective avec d'autres pays membres de l'Union européenne.

¹ Voir C. De Bock, 'Que mange-t-on ce midi à la cantine scolaire?', Éducation Santé n° 285, janvier 2013, p. 10 et 11, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1545>

Résultats

Attention, comme toute enquête de population, les données recueillies sont déclaratives, c'est-à-dire basées sur le questionnement direct des personnes. Elles sont à ce titre empreintes d'une certaine incertitude (oubli, erreur, interprétation, exagération, désirabilité sociale, etc.). Il existe d'ailleurs des projets pour compléter ces données collectées via des interviews par des examens objectifs comme la mesure de la tension artérielle, du poids et de la taille, une prise de sang pour vérifier le taux de cholestérol...

De plus, l'échantillon final n'est pas une réplique exacte de la population générale dans son entièreté. Les personnes institutionnalisées ou vivant en grandes communautés ne sont pas représentées, de même que les SDF, les clandestins, les réfugiés et autres personnes qui ne figurent pas dans le Registre national. Par ailleurs, parmi les individus invités à participer à l'enquête, les plus malades, les plus âgés, les plus occupés ou les plus démunis ont souvent tendance à refuser l'enquête. Il faut donc rester prudent dans l'interprétation des résultats.

Une fois récoltées, les données seront analysées par le WIV-ISP qui en fera rapport aux autorités fédérales, régionales et communautaires. Les premiers résultats de l'Enquête 2013 seront disponibles à la fin de l'année 2014.

Vous pouvez trouver des informations supplémentaires et les résultats des enquêtes précédentes sur le site web du WIV-ISP à l'adresse : www.enquetesante.be



LA Santé
de l'homme

La Santé de l'homme n° 417 – janvier-février 2012

Dossier. Promouvoir la santé bucco-dentaire

Introduction, *Stéphane Tessier, Fabien Cohen, Sylvie Azogui-Lévy*

Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques, *Sylvie Azogui-Lévy, Thierry Rochereau*

Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? *Jean-Noël Vergnes, Cathy Nabet*
Principes généraux de prévention en santé bucco-dentaire, *Évelyne Baillon-Javon, Fabien Cohen, Carol Heiwiy*

UFSBD : développer la prévention bucco-dentaire sur tous les terrains, *Sophie Dartevelle, Patricia Vernay, Jacques Wemaere*

« Santé bucco-dentaire : une politique d'ensemble reste à construire », entretien avec *Paul Karsenty*

Prévention bucco-dentaire en crèche et en centre de PMI : des actions pour les tout-petits, *Colette Adam, Carole Adriaen,*

Pascale Moulin-Birraux, Cécile Bavay-Simon

Promotion de la santé orale : quelles interventions efficaces en milieu scolaire ? *Stéphanie Tubert-Jeannin*

Vingt ans d'action globale de santé scolaire dans le Val-de-Marne, *Marie Benguigui, Érick Girault, Marion Morel*

La santé bucco-dentaire des enfants en nette amélioration, *Ariane Éid*

Promouvoir la santé bucco-dentaire des enfants en Seine-Saint-Denis, *Paul Bissila, Michèle Vincenti, Rafik Allal, Bassam Abo Amer, Christophe Debeugny*
À Strasbourg, les soins dentaires se font aussi à l'école ! *Dominique Pflieger*

Grenoble : un programme bucco-dentaire renforcé dans les quartiers défavorisés, *Simone Boussuges, Christiane Brun*

Département du Gard : information et examen dentaire dans les classes de CP, *Marie-Hélène Ricard*

Estime de soi et santé bucco-dentaire, *Huguette Boissonnat-Pelsy, Isabelle Tiébot*

Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaires, *Frédéric Rilliard, Lisa Friedlander, Julien Descors-Declere,*

Nadia Khelifa, Franck Moyal, Shéhérazade Saadi, Florence Schvallinger, Christelle Naud-Lamas

La santé bucco-dentaire de la personne âgée, *Marysette Folliguet, Florence Schvallinger, Nadia Elamrani*

Appolline, réseau de santé bucco-dentaire de proximité dans l'Essonne, *Marysette Folliguet*

Promotion de la santé bucco-dentaire en Ehpad – Assurance maladie de Paris, *Marysette Folliguet*

Handicap et santé bucco-dentaire : un exemple de programme de prévention-intervention, *Éric-Nicolas Bory*

Inter-relations entre activité physique sportive et santé bucco-dentaire, *Philippe Poisson*

Les drogues licites ou illicites, ennemies de la santé bucco-dentaire, *Fabien Cohen*

Éducation thérapeutique en santé bucco-dentaire, *Stéphane Tessier, Sylvie Azogui-Lévy*
Pour en savoir plus, *Sandra Kerzanet*

Enquête

L'initiation sexuelle des jeunes : un parcours relationnel sexuellement différencié, *Florence Maillochon*

Lectures

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet

Ce numéro comprend aussi un index de 12 pages des articles publiés en 2011.

Tout nouveau numéro de La Santé de l'Homme est intégralement accessible sur Internet dès sa parution, à partir du site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez aussi une présentation de la revue, les sommaires et index des numéros depuis 1999 et l'intégralité des articles publiés depuis 2000 (numéro 345).

Si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, le moteur de recherche du site de l'INPES vous permet de trouver instantanément les articles de La Santé de l'homme et d'autres documents traitant de cette thématique.



Sommaire

Initiatives

- 2 Alcool : parlez-en à votre patient... par *Patrick Trefois*
- 4 Le corps humain dans le curriculum tunisien, par *Sameh Hrairi*

Réflexions

- 8 Le marketing et la santé, ou comment se servir des forces de l'adversaire, par *Pascale Dupuis*

Locale

- 11 Les adolescents d'aujourd'hui sont-ils si différents des jeunes d'hier ? par *Colette Barbier*

Lu pour vous

- 15 La Fondation Roi Baudouin soutient les initiatives locales de lutte contre les inégalités sociales, par *Simon Trappeniers*
- 17 Le Panorama social 2013

Données

- 17 L'Enquête de santé 2013 est lancée !, par *Christian De Bock*

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Ont collaboré à ce numéro : Colette Barbier, Pascale Dupuis, Sameh Hrairi, Simon Trappeniers, Patrick Trefois.

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Jacques Henkinbrant (design et développement).

Réseaux sociaux : Carole Feulien (carole.feulien@yahoo.fr).

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2 100 exemplaires.

Diffusion : 2 000 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la plate-forme

www.promosante.net

Education Santé



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

La Fédération Wallonie-
Bruxelles finance cette revue



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier
blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

