

**Le combat  
pour une  
alimentation  
de qualité**

**Carole Feulien**

# Le combat pour une alimentation de qualité

Carole Feulien

**Le 24 avril dernier, la Mutualité socialiste-Solidaris organisait un colloque intitulé « Vers une politique concertée de l'alimentation en Belgique. Quels enjeux, quelles priorités ? », faisant écho aux résultats de l'enquête du Thermomètre Solidaris<sup>1</sup> parus en décembre de l'année dernière.**

L'introduction d'**Alain Cheniaux**, Secrétaire général de la Mutualité socialiste du Brabant wallon, en charge du Thermomètre Solidaris, donna le ton : « *La confiance n'est plus de mise (...), le consommateur est dans le brouillard (...), il estime que la plupart des produits alimentaires représentent un risque important, voire très important, pour sa santé (...), la liste des scandales alimentaires est, hélas, longue et a semé le doute dans nos assiettes (...)* ». Ensuite, c'est le Directeur du Service marketing, **Martin Wauthy**, qui prit la parole afin de nous présenter plus concrètement les résultats de cette 4<sup>e</sup> enquête sur la perception par la population de l'offre de produits alimentaires<sup>2</sup>. Il conclut son exposé en décrivant l'attente de la population vis-à-vis des pouvoirs publics afin que ceux-ci soient davantage acteurs de changement, attente malheureusement actuellement non rencontrée.

Après cela, notre collègue **Pierre Baldewyns**, Responsable du Service Promotion de la Santé de l'UNMS, choisit de faire un focus sur deux déterminants sociétaux importants et souvent oubliés : d'une part les écarts de revenus et l'importance qu'ils jouent dans l'accès à une alimentation de qualité et le taux d'obésité, d'autre part l'importance de l'offre alimentaire et la liberté toute relative du choix laissé au consommateur-mangeur.

Enfin, pour clôturer cette première partie, **Martin Biernaux**, Responsable de projets dans le même service, nous présenta les nombreux déterminants de l'accès à une alimentation de qualité<sup>3</sup>.

## Des recommandations tous azimuts

La seconde partie de la matinée fut consacrée à la présentation du *Livre blanc* Solidaris pour un accès de tous à une alimentation de qualité, un ensemble de 35 recommandations à destination de tous les niveaux de pouvoir. Martin Biernaux rappela qu'il avait une double ambition : permettre à la mutualité d'assumer son rôle de gestionnaire de l'assurance maladie-invalidité, par le biais de la promotion de la santé ; et renforcer son rôle d'acteur socio-politique, en invitant les acteurs publics et du monde alimentaire à discuter de l'élaboration d'un plan intégré en matière d'alimentation de qualité. Juste avant une pause bien méritée, **Olivier De Schutter**, notre compatriote Rapporteur spécial pour le Droit à l'Alimentation du Conseil des droits de l'homme à l'ONU nous entretint (par Skype !) des enjeux de l'alimentation en Europe. Il expliqua, de manière très intéressante et accessible, le sentiment global de la population qui se sent dépossédée du monde alimentaire dont elle dépend. Il énonça la réalité qui s'impose à lui depuis plusieurs années : l'information sur les produits est très faible, et empêche les consommateurs de faire des choix éclairés.

Il nous rassura quelque peu en nous parlant d'initiatives alternatives développées à petite échelle et de la possible prise de conscience du fait que la démocratie peut s'installer dans l'alimentation. Il évoqua aussi le désir des gens de *reprendre le contrôle*. Mais à côté de cela, les obstacles et la

difficulté de 'changer de cap' sont énormes. On peut les résumer en 4 facteurs :

- les infrastructures et technologies développées par et pour les géants de l'agro-alimentaire, qui ont été pensées pour faire des économies d'échelle ;
- la compétitivité de ces grands acteurs sur le plan économique (leur grande capacité de négocier sur les chaînes alimentaires, etc.) et donc, la difficulté d'émerger pour les petits producteurs ;
- notre mode de vie 'pressé', un obstacle culturel majeur : nous n'avons 'pas le temps' de faire la cuisine, nous nous replions sur des aliments 'clés en main', sur des plats préparés par l'industrie ;
- la volonté des grands acteurs agro-alimentaires de ne pas changer les choses et leur grand pouvoir d'influence sur les acteurs politiques.

S'il ne croit pas à une 'révolution immédiate', Olivier De Schutter reste néanmoins positif car, malgré les divers freins au changement, la multiplication d'initiatives locales peut être vue comme un signe encourageant.

*« Cela signifie que des préoccupations nouvelles se font jour aujourd'hui. »*

S'ensuivit une série d'échanges très riches avec le public. Nous retenons la question sur la responsabilité et le rôle du consommateur dans ce changement attendu. À quoi Olivier De Schutter répondit qu'*« il ne faut pas attendre que l'État fasse les choses, sans quoi on risque d'attendre longtemps. Il faut utiliser les opportunités qu'on a pour faire passer le message, vers les pouvoirs publics mais aussi vers le secteur privé, dire qu'on souhaite autre chose. Nous avons une responsabilité et des*

<sup>1</sup> Le Thermomètre Solidaris est une enquête réalisée par Internet auprès d'un échantillon représentatif de 1200 personnes, sur une thématique donnée.

<sup>2</sup> Voir <http://www.mutsoc.be/namur/pages/thermometre-solidaris-4-1-alimentation-decembre-2013.aspx>

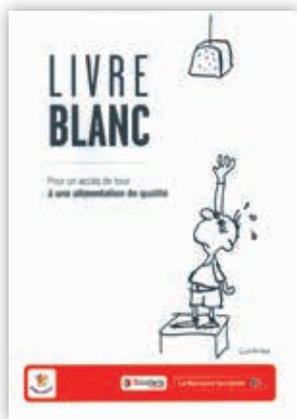
<sup>3</sup> Voir article "Les comportements alimentaires sains : juste une question de moyens et d'éducation ? ", par Martin Biernaux, dans ce numéro.

choix à poser concernant notre alimentation et celle de nos enfants... L'État ne bougera pas si les citoyens ne lui donnent pas un signe. » Il termina la discussion avec une conviction personnelle : nous sommes à la fin d'un

modèle où les politiques sociales sont mises entre parenthèses en proposant, en substitut, un système alimentaire *low-cost* assorti d'un terrible écrasement des prix pour certains types de produits.

Or, les effets négatifs de ce système, surtout dans les milieux défavorisés, sont bien connus. L'évidence que ce n'est pas la solution va bientôt s'imposer... Il s'agira alors de commencer à penser à développer

## Le Livre blanc Solidaris



Le *Livre blanc* se compose de 35 recommandations à destination de tous les niveaux de pouvoir car nombre de politiques influencent l'accès à une alimentation de qualité. Ces recommandations visent à :

- améliorer la gouvernance en matière d'alimentation;
- agir sur la qualité de l'offre (en agissant sur les pratiques de l'agro-alimentaire, en promouvant des produits de qualité, en améliorant l'offre dans les collectivités);
- améliorer l'accès à une alimentation de qualité des personnes en situation précaire;
- et enfin, informer, sensibiliser et outiller les publics en matière d'alimentation.

Il s'inscrit résolument dans une démarche de promotion de la santé car :

- il identifie un ensemble de déterminants variés de l'accès à une alimentation de qualité;
- il recommande un travail multidisciplinaire et intersectoriel pour concevoir et mettre en œuvre une politique intégrée de l'alimentation;
- il plaide pour la prise en compte de l'accessibilité à l'alimentation de qualité au niveau de toutes les politiques publiques;
- il réaffirme le nécessaire travail de

proximité avec les publics pour plus d'*empowerment* individuel et collectif;

- il veut faire évoluer les environnements et les lieux de vie vers plus de santé;
- enfin il vise la réduction des inégalités sociales par des recommandations ayant trait à la gouvernance alimentaire, à la qualité des systèmes de protection sociale et à des mesures spécifiques à destination des publics précarisés.

Plus concrètement, il est scindé en 4 grandes parties :

- la première traite du système alimentaire et des inégalités sociales;
- la seconde aborde les déterminants de l'accessibilité à une alimentation de qualité;
- la troisième amène la réflexion sur les niveaux de pouvoir à impliquer pour réaliser un plan intégré de l'alimentation;
- et la dernière, partagée en 6 axes complémentaires témoignant de l'approche transversale et globale du Livre blanc, présente les 35 recommandations de Solidaris.

Pour chacune, on trouve un descriptif argumenté de la recommandation, des exemples concrets pour l'illustrer et les niveaux de pouvoir identifiés pour la mettre en place.

### **Extrait - Recommandation 6** **Conclure des accords volontaires toujours plus ambitieux avec le secteur de l'industrie alimentaire pour diminuer la teneur en graisse, sucre et sel des produits transformés**

Après le tabac et l'hypertension, l'obésité et le surpoids constituent selon l'OMS le troisième facteur de risque de mortalité dans les pays riches, sans parler des discriminations sociales qui en découlent. À part le tabagisme, ces facteurs de risque

sont étroitement liés à l'alimentation et à l'exercice physique.

Pour cette raison les produits alimentaires transformés doivent être reformulés, afin qu'ils contiennent moins de sucre, moins de graisse et moins de sel, tout en restant vigilant aux éventuels produits de substitution utilisés.

Un des moyens d'y parvenir est de conclure des accords avec le secteur de l'industrie alimentaire. C'est ainsi que l'actuelle Ministre de la Santé publique (en mai 2014, ndlr) veut amener les producteurs alimentaires à diminuer les graisses saturées de 5 % pour 2016 et de 10 % pour 2020.

Des accords similaires avaient déjà été conclus par le passé, amenant l'industrie à diminuer de 20 % la quantité de sel dans les viandes et les plats préparés. Des objectifs relatifs à la teneur en sucre devraient être définis en 2014.

Ces accords sont un bon moyen de faire progresser l'offre alimentaire vers plus d'adéquation avec les préoccupations de santé publique, d'autant plus que la Fédération de l'industrie alimentaire (Fevia) semble ouverte à la collaboration et que les industriels ont démontré qu'ils savaient faire des efforts.

Exemple : accords précédents concernant la teneur en sel des viandes et plats préparés.

Niveaux de pouvoir : État fédéral.

*Ce Livre blanc peut être obtenu gratuitement auprès du Service Promotion de la Santé de l'UNMS, rue Saint-Jean 32-38 à 1000 Bruxelles. Tél. : 02 515 05 85. Il peut aussi être téléchargé sur le site [www.mutsoc.be/Mutsoc/ProSante/Information/Actus/livre-blanc-alimentation.htm](http://www.mutsoc.be/Mutsoc/ProSante/Information/Actus/livre-blanc-alimentation.htm)*

des politiques sociales qui permettent à chacun de s'alimenter dignement. Un discours pour le moins sans détour, honnête et... lucide !

## À table(s)... ronde(s)

Après cette intervention musclée, le temps de midi tomba à pic... Il fut l'occasion de prendre le lunch composé exclusivement de légumes, rien de tel pour nous rappeler comment y (re)prendre plaisir. Le verre de vin fut aussi l'occasion d'échanger quelque peu entre collègues et de déplorer, ensemble, le peu de moyens dont nous disposons pour faire face aux fins stratégies que sont les acteurs de l'industrie agro-alimentaire... La première table ronde de l'après-midi portait sur des campagnes de promotion de la santé sur l'alimentation... mais autrement ! D'abord, **Carlo De Pascale**, parrain du programme « Goûtez-moi ça ! »<sup>4</sup> de Solidaris, annonça la couleur : « *Je suis là pour qu'on arrête ces campagnes 'anti-gras'. On a besoin de gras, Nicolas Guggenbühl<sup>5</sup> ne me contredira pas : sans gras, on meurt !* ». Avec sa verve habituelle il expliqua combien il en a marre des articles 'marronniers' des magazines féminins sur la meilleure manière de perdre les 3 kg qu'on a au niveau de la ceinture abdominale pour rentrer dans son bikini... Il est certain que le fondateur de *Mmmmh!* et chroniqueur culinaire de la RTBF n'a pas la langue en poche ! Il nous raconta d'ailleurs quelques anecdotes amusantes sur les pseudo-comportements anti-gras de ses élèves lors des cours de cuisine. Difficile pour **Bernadette Taeymans** (Question Santé asbl) de prendre la parole derrière lui. Elle parvint cependant à présenter habilement la dernière campagne de son asbl sur un thème peu commun : *'Les 10 bonnes raisons de ne pas faire régime'*<sup>6</sup>. Ensuite, **Denis Mannaerts**, Directeur de l'asbl Cultures&Santé, rappela l'importance de ne pas confondre « l'alimentation nutritionnellement équilibrée » et « l'alimentation favorable à la santé ». Il expliqua que les campagnes de prévention souvent axées sur les aspects nutritionnels



Photo © Stéphanie Jassogne

*Carlo De Pascale (Mmmmh!) plaide contre la stigmatisation du 'gras', Bernadette Taeymans (Question Santé) et Michel Demarteau (Observatoire de la Santé du Hainaut) écoutent...*

devraient à l'avenir davantage mettre en évidence l'aspect global de l'alimentation, avec ses côtés culturels, sociaux, etc. Il prôna le passage à un modèle plus participatif reposant sur une vision communautaire de la santé et de l'alimentation. Pour ce faire, il s'agirait de définir des objectifs de manière négociée pour mettre en place des actions en rapport avec le contexte de vie des personnes. Il y a donc un travail à faire sur l'environnement (social, économique...). Il prôna aussi le rapprochement de la population des lieux de décision, pour créer une forme de 'démocratie alimentaire'. Car il estime que même les personnes défavorisées ont des savoirs, savoirs qui pourraient bien faire changer les choses. Il suggéra enfin la création d'un 'construit commun' grâce à des espaces d'expression. Le dernier intervenant à cette table ronde fut **Michel Demarteau**, fraîchement nommé Directeur de l'Observatoire de la Santé du Hainaut qui y occupa pendant des années le poste de Responsable du Secteur Prévention et Promotion de la Santé. Il expliqua que les campagnes de prévention ne suffisent pas et plaida pour un plan intégré avec une vision partagée de la politique alimentaire

en Belgique. Il rappela enfin l'importance de la valeur incitative et de soutien de l'État vis-à-vis des acteurs et des initiatives locales.

La première table ronde fut suivie d'un débat, lors duquel les intervenants et la salle tombèrent rapidement d'accord, contrairement aux participants de la seconde... Forcément... Celle-ci réunissait, entre autres, des professionnels de l'agro-alimentaire (FEVIA, Carrefour) et une lobbyiste issue d'une organisation européenne de consommateurs (BEUC<sup>7</sup>). Le sujet : la malbouffe et les produits transformés.

**Anne Reul**, Secrétaire générale de la FEVIA Wallonie, nous étonna en se disant « *prête à prendre ses responsabilités dans ce type de débat* ». Mais quelles responsabilités ? Elle estima par exemple que le système de *traffic lights*<sup>8</sup> sur les produits instauré en Grande-Bretagne déresponsabiliserait le consommateur tandis que les indications actuelles l'« aideraient »...

On peut dire que le débat fut passionné, les intervenants rejetant la balle aux autres sur les questions délicates, la FEVIA allant même jusqu'à faire endosser la pleine et entière responsabilité au consommateur,

<sup>4</sup> Voir 'Goûtez-moi ça!', l'article de Jeanne d'Ornesson paru dans *Éducation Santé* n° 285, janvier 2013. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1544>

<sup>5</sup> Expert en nutrition.

<sup>6</sup> Voir l'article de Christian De Bock, '10 bonnes raisons de ne pas faire régime', dans *Éducation Santé* n° 292 de septembre 2013, ou sur <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1606>

<sup>7</sup> Bureau européen des Unions de Consommateurs, <http://www.consumersinternational.org/>

<sup>8</sup> Il s'agit d'une signalétique très lisible sur les qualités nutritionnelles des produits alimentaires, inspirée des feux tricolores de circulation routière. Trop lisible sans doute aux yeux de certains.

en prétextant l'aider à la prendre... Un bel exemple des discours de l'industrie agro-alimentaire (qui a tout de même eu le mérite de participer au colloque, soulignons-le), qui feint de s'intéresser à la problématique et avance des arguments qui ne convainquent personne, et sûrement pas **Pauline Castres**, Food Policy Assistant au BEUC, qui eut un discours beaucoup plus clair et direct de nature à démonter tous les arguments de ses interlocuteurs.

La dernière table ronde portait sur la politique agricole durable. Beaucoup plus calme que la précédente, elle rassemblait **Muriel Bernard**, fondatrice de *efarmz*, un site de vente en ligne de produits fermiers, partie prenante dans la nécessaire réorganisation des filières pour une alimentation de qualité; **François Héroufosse**, Directeur de WagrALIM, un pôle de compétitivité regroupant des entreprises industrielles et des travailleurs du monde de la recherche et de la formation, afin de mettre en place des projets collaboratifs innovants; **Stéphane Desgain**, du Centre national de coopération au développement (CNCD), qui prôna, à l'instar d'Olivier De Schutter le matin, un changement du modèle actuel, basé sur le prix le plus bas et qui visiblement, ne fonctionne pas; et enfin **Guy Francq**, représentant de la Fédération Unie de Groupements d'Éleveurs et d'Agriculteurs,

qui releva la difficulté pour les jeunes agriculteurs de s'en sortir face à l'industrie.

**« Il ne faut pas attendre que l'État fasse les choses, sans quoi on risque d'attendre longtemps. Il faut utiliser les opportunités qu'on a pour faire passer le message, vers les pouvoirs publics mais aussi vers le secteur privé, dire qu'on souhaite autre chose. Nous avons une responsabilité et des choix à poser concernant notre alimentation et celle de nos enfants... »  
(Olivier De Schutter)**

« Pour un poulet vendu en grande surface, le consommateur paye 9,99 euros le kilo. Les producteurs ne touchent que 0,92 euro. Ils travaillent souvent à perte. » Il en profita pour pousser un coup de gueule contre les contraintes imposées par l'industrie : « Tous les poulets industriels qui font maintenant 2,9 kg (au lieu de 2,2) sont sous perfusion d'antibiotiques du 1<sup>er</sup> au dernier

jour. Jamais je ne produirai des volailles dégueulasses parce que l'industrie me pousse à le faire, pour être rentable. Et à l'heure actuelle, je ne le suis plus ! ».

Son discours, même si on l'avait déjà entendu, émut le public. À quoi la personne représentant l'industrie répondit qu'il convenait de ne pas généraliser et que son organisation souhaitait que tout le monde gagne sa vie dignement... À méditer. Alain Cheniaux, qui avait introduit la journée, la clôtura. Le chantier est certes vaste mais la mutualité entend bien apporter sa pierre à l'élaboration d'un plan global et concerté pour un accès de tous à une alimentation de qualité, saine, durable et éthique.

La journée fut riche en présentations et en échanges. À l'issue de chaque table ronde, cinq pistes d'action ont été soumises au vote des participants. Retrouvez-les sur : <http://www.pipsa.be/medias/actus/2014/colloques/Votes-Pistes-d-action-alimentation-24-04-2014.pdf> Pour les vidéos, photos, etc. de la journée : <http://www.pipsa.be/actualite/les-vidéos-et-les-photos-du-colloque-sur-l-alimentation-de-ce-24-avril-2014.html> Lire aussi sur le même sujet : 'Du pain sur la planche ! Forum politique des usagers', par Carole Feulien, Éducation Santé n° 299, avril 2014, ou [www.educationsante.be/es/article.php?id=1681](http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1681)

## Un visiteur médical au service de la médecine préventive

D<sup>r</sup> **Patrick Trefois**, Coordinateur du projet pour la Société Scientifique de Médecine Générale, Directeur scientifique SCPS – Question Santé asbl

**La littérature scientifique (voir les références en fin d'article) met en évidence l'intérêt, pour l'implantation de programmes de prévention, de rencontres entre un visiteur médical et un médecin. Cette démarche permet de sensibiliser le médecin, de lui transmettre des informations concrètes et pratiques sur le fonctionnement des programmes et d'individualiser les informations transmises en fonction des besoins spécifiques du médecin.**

Sur base de cette littérature, la Société Scientifique de Médecine Générale

(SSMG), en partenariat avec l'asbl Question Santé, le Centre de dépistage

des cancers (CCR) et la société Quintiles<sup>1</sup>, a mis en place durant l'année 2013 un

<sup>1</sup> Cette société commerciale met à la disposition de ses clients (principalement l'industrie pharmaceutique) des équipes de visiteurs médicaux et en assure la formation, l'encadrement et l'évaluation.

projet pilote **ambassadeur prévention**. Ce projet a été soutenu par la Fédération Wallonie-Bruxelles qui souhaitait tester cette approche pour améliorer le recours aux programmes de médecine préventive mis à la disposition de la population et des médecins<sup>2</sup>.

Les programmes de prévention concernés par le projet pilote étaient ceux des dépistages du cancer colorectal et du sein, ainsi que la prévention des cancers du col de l'utérus (par vaccination et frottis de dépistage).

## Descriptif de la démarche

Quelque 250 médecins ont été inclus dans le **groupe pilote**<sup>3</sup>; chacun de ces médecins a été visité, moyennant son accord, par l'ambassadrice prévention (il s'agissait d'une femme) à trois reprises sur une période de 9 mois.

L'ambassadrice apportait à chaque médecin une aide concrète et des informations sur les bénéfices que lui-même et ses patients peuvent retirer de ces programmes, ainsi que leurs limites. Elle proposait des renseignements adaptés aux besoins de chaque médecin.

La visite 1 a été consacrée principalement au dépistage du cancer colorectal; outre un rappel et un temps de réponse consacré à ce même dépistage du cancer colorectal, la visite 2 abordait aussi la prévention (par vaccination) et le dépistage du cancer du col de l'utérus et la visite 3 le dépistage du cancer du sein.

Les documents d'information des programmes de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été diffusés aux médecins visités.

Le projet a démarré en janvier 2013 par une formation poussée de l'ambassadrice prévention. Cette formation a été assurée conjointement par la SSMG, le SCPS – Question Santé et le CCR.

Les premiers rendez-vous ont débuté le 25 janvier.

Une information a été diffusée par la SSMG aux médecins du groupe pilote vers le 25 janvier.

La SSMG a organisé deux dodécagroupes

(groupes de formation continue constitués de 10 à 15 médecins généralistes) dans la région pilote durant la durée du projet.

Le site [www.mongeneraliste.be](http://www.mongeneraliste.be) a consacré un article à chacun des dépistages et à la vaccination des jeunes filles contre l'HPV. La Revue de la Médecine Générale, destinée aux médecins, a présenté le projet à son démarrage.

Le **territoire** couvert par le projet était une partie du Hainaut reprenant des sub-régions de Mons-Borinage, du Centre et quelques autres communes à l'ouest de Charleroi.

## Approche d'évaluation

Le groupe des médecins généralistes participant au projet pilote a été comparé à deux groupes témoins (chacun composé de plus ou moins 400 médecins généralistes). Un groupe témoin était situé dans le même bassin que le groupe pilote, l'autre dans un autre bassin constitué par Liège et sa région.

**Les effets des rencontres entre l'ambassadrice prévention et les médecins généralistes sur leurs pratiques sont démontrés, bien que le projet n'ait pu être mené que sur une période courte.**

Diverses démarches évaluatives, complémentaires, permettent de tirer des enseignements de cette initiative :

- enquêtes qualitatives auprès d'une population cible et de populations témoins (SSMG, avec l'appui du SCPS – Question Santé);
- analyse quantitative de l'utilisation des programmes sur la population cible et 2 populations témoins (CCR);
- évaluation qualitative de la population cible (Quintiles), via perception de l'ambassadrice prévention, mini-enquête

lors de la première visite (remise en fin de visite) et enquête lors de la dernière visite (remise en fin de visite).

## Résultats principaux

L'acceptation de cette approche par un 'ambassadeur prévention' est largement démontrée. Parmi les médecins généralistes ayant reçu l'ambassadrice ( $\pm 90$  % des médecins sollicités), on constate que plus de 98 % adhèrent à l'initiative, que 50 % évaluent l'initiative très positivement (++) lors de la première visite et que ce chiffre monte à 78 % lors de la troisième visite. Environ 4 médecins sur 5 ne voient aucun frein à l'initiative. Les principaux freins évoqués par une minorité sont le manque de temps et la peur d'être jugé. On constate que ces freins sont levés au fur et à mesure des visites.

## Programme de dépistage du cancer colorectal

Les médecins généralistes visités connaissaient l'existence du programme de dépistage du cancer colorectal (97 %) et reconnaissaient l'importance de la prévention. Ces médecins restaient **majoritairement réactifs** à la demande du patient. Même s'ils trouvaient le test Hémocult facile à utiliser et fiable (5 % avaient peur des faux positifs ou négatifs et 4 % préféraient la coloscopie), il subsiste bon nombre de freins à l'utilisation comme le manque de temps (12 %), l'oubli (33 %), le manque d'habitude et de motivation des patients (15 %).

Le Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers a recueilli pour les 3 groupes de médecins (pilote, témoin de la même région et témoin d'une autre région) les données d'Hémocult réalisés. Ces données montrent une augmentation de retours d'Hémocult réalisés par les médecins du groupe pilote, comparés aux deux groupes témoins.

## Vaccination contre l'HPV

La gratuité du vaccin via le programme de vaccination (mise à disposition d'un vaccin

<sup>2</sup> Voir 'L'ambassadeur prévention', P. Trefois, Éducation Santé n° 289, mai 2013, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1583>

<sup>3</sup> Médecins généralistes ayant une pratique soutenue de médecin de famille, pratiquant seuls, acceptant la visite d'infirmiers à leur cabinet de consultation et ayant moins de 65 ans. La population cible du projet pilote a été extraite de manière aléatoire d'un bassin de population de 734 généralistes correspondant au profil et critères définis ci-dessus.

gratuit pour certaines jeunes filles) n'est pas un avantage suffisant pour lever les freins décrits par les médecins visités :

- complexité de la commande (commande groupée avec 5 produits du même fabricant);
- problème de livraison (elle nécessite une présence au domicile du médecin et il y a des craintes sur le respect de la chaîne du froid);
- faible gain pour le patient : le coût final pour l'utilisateur du vaccin lors d'une délivrance en pharmacie n'est pas important. En effet, le remboursement du vaccin HPV par l'assurance obligatoire est généralement complété par une intervention via l'assurance complémentaire des mutuelles;
- rupture de l'habitude d'approvisionnement via la pharmacie, qui est considéré par les médecins et les patients comme sûr et simple.

On peut poser l'hypothèse qu'une simplification de l'approvisionnement des vaccins via la Fédération Wallonie-Bruxelles pourrait avoir un impact sur l'utilisation du programme.



Photo © Fotolia

### Dépistage du cancer du sein par mammothest

Le recueil de données via l'ambassadrice prévention démontre que les médecins généralistes ont un besoin réel d'informations précises sur les modalités de fonctionnement du programme, sur les positionnements respectifs de la

radiographie, de l'examen clinique et de l'échographie, ainsi que sur les atouts, en terme d'assurance de qualité notamment, du mammothest.

En effet, plus d'un médecin sur 2 ignore la différence entre le mammothest gratuit (programme proposé par la FWB) et la mammographie, et près de

## Quelques témoignages de médecins du groupe pilote

*« Jusqu'alors, je n'avais jamais été éclairé quant au protocole du mammothest, remarque-t-il. À présent, j'ai revu ses indications et j'ai décidé de changer ma manière de prescrire, même si je ne vais pas suivre exactement ce que préconise l'ambassadrice prévention. En effet, et après en avoir discuté avec un radiologue, je suis à présent persuadé que, pour les seins clairs, le mammothest a toute sa place. Dans ce cas, il s'impose plutôt qu'une mammographie, en raison d'un moindre rayonnement et des atouts d'une double relecture. En revanche, pour des seins denses et glandulaires, je continue à préconiser une mammographie. Par ailleurs, je vais également être attentif au fait de prévenir la patiente qui bénéficie d'un mammothest qu'elle ne va rencontrer aucun médecin lors de l'examen. En revanche, je*

*préciserai bien qu'elle pourra compter sur moi pour obtenir toutes les explications nécessaires. Au final, je suis donc très reconnaissant à l'ambassadrice prévention de m'avoir permis de changer mon attitude, et de sélectionner les patientes, en vertu d'arguments réfléchis, pour leur proposer des solutions vraiment adaptées » D<sup>r</sup> J.B.*

*« Je ne suis pas un des grands représentants de la prévention ». Trois rendez-vous de 25 minutes (au maximum) plus tard, le D<sup>r</sup> S. ne regrette pas d'avoir tenté le coup : pour lui, cette initiative est « très intéressante. Contrairement aux délégués médicaux qui viennent 'vendre leurs produits', l'interlocutrice ne propose pas un discours orienté, mais une série d'arguments scientifiques crédibles. On peut ainsi se remettre en tête l'essentiel*

*de ce qui concerne la prévention, ainsi que les bonnes façons d'utiliser le système au profit de la population. » D<sup>r</sup> S.*

*« J'avais oublié que nous pouvons demander nous-mêmes des mammothests. J'avais également pris l'habitude de conseiller aux femmes de faire directement une mammographie et une échographie. À présent, j'ai changé de procédure. En fonction des cas, je propose de commencer par le mammothest, et en m'efforçant de ne jamais surprescrire ce type d'examen. De même, je n'étais pas assez sensibilisée à la possibilité de proposer une vaccination contre le cancer du col à certaines jeunes femmes. Rien qu'à partir de ces exemples, j'ai réalisé que je pouvais cibler davantage de personnes et en faire davantage encore pour la prévention. » D<sup>r</sup> C.B.*

la moitié ne connaît pas ou ne connaît pas bien le programme mis en place. La méconnaissance de ses spécificités est le frein le plus courant à son utilisation. Pourtant, après précisions apportées par l'ambassadrice, 70 % des médecins se déclarent prêts à utiliser plus régulièrement le programme (à l'essai 41 % et régulièrement 30 %).

## Discussion et conclusions

La structure organisationnelle du projet, mêlant des centres d'expertises complémentaires, s'est avérée opérationnelle et efficace.

Les champs d'expertise étaient les suivants :

- une société scientifique de médecine générale disposant d'une crédibilité scientifique et d'une légitimité en formation continue avérées auprès du public des médecins visités, de fichiers et de moyens de communication spécifiques ;
- un centre d'expertise et de gestion des programmes de dépistages concernés (Centre de référence pour le dépistage des cancers en Fédération Wallonie-Bruxelles) ;
- un service expert en méthodologie de promotion de la santé, en réalisation d'outils informatifs et pédagogiques et en communication, tant vers les médecins que le public (SCPS – Question Santé) ;
- un opérateur maîtrisant la gestion d'un personnel formé et qualifié et la

méthodologie de la visite médicale (Quintiles).

L'approche est appréciée par les médecins, mais des conditions qualitatives doivent être rencontrées pour en assurer la crédibilité : une compétence particulière du visiteur médical, dans la relation et la communication avec le médecin généraliste, est essentielle, de même qu'une formation pointue dans les domaines concernés (tant sur les bases scientifiques que sur les aspects pratiques très concrets).

Les effets sur les pratiques des médecins sont démontrés, bien que le projet n'ait pu être mené que sur une période courte. Mais l'approche nécessiterait, pour atteindre un objectif de santé publique :

- une couverture à l'échelle de l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- une permanence dans le temps de la démarche de visite par l'ambassadeur prévention.

La limite évidente pour les pouvoirs publics est l'investissement budgétaire important qui serait nécessaire pour atteindre cette couverture territoriale : le rapport coût/bénéfice d'une telle démarche, par rapport à d'autres, devrait être évalué.

Le rapport complet peut être obtenu sous format électronique auprès de la Société Scientifique de Médecine Générale.

## Quelques références

- Habraken H et al. 'Pilot Study on the feasibility and acceptability of academic

detailing in general practice'. Eur J Clin Pharmacol 2003 ; 59 : 253-60

- I. Janssens et al. 'Academic detailing in de huisartsenpraktijk'. Huisarts Nu juni 2004 ;33(5).
- 'L'information des médecins généralistes sur le médicament'. Rapport présenté par Pierre-Louis Bras, Pierre Ricordeau, Bernadette Roussille et Valérie Saintoyant, membres de l'Inspection générale des affaires sociales. Rapport n° RM 2007-136P, septembre 2007.
- E Bernal-Delgado et al. 'Evidence based educational outreach visits : effects on prescriptions of non-steroidal antiinflammatory drugs'. Journal of Epidemiology and Community Health 2002 ; 56 : 653-658.
- D. Weller et al. 'Promoting better use of the PSA test in general practice : randomized controlled trial of educational strategies based on outreach visits and mailout'. Family Practice Vol. 20, N° 6, 655-661.
- Lars Jorgen Hansen et al. 'Encouraging GPs to undertake screening and a brief intervention in order to reduce problem drinking : a randomized controlled trial.' Family Practice Vol. 16, N° 6, 551-557.
- Sherri Sheinfeld Gorin et al. 'Effectiveness of academic detailing on breast cancer screening among primary care physicians in an underserved community'. The Journal of the American Board of Family Medicine 19 : 110-121 (2006).

# Un outil pédagogique en ligne sur les inégalités sociales de santé

Lisandra Lannes, Coordonnatrice, Section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé

**La Base de connaissances francophone sur les inégalités sociales de santé cherche à documenter ce problème de santé publique majeur par le partage d'informations et la recension de pratiques fondées sur des données probantes.**

À travers quatre grandes thématiques regroupant des présentations PowerPoint,

cet outil pédagogique vise, d'une part, à contribuer à l'amélioration des

connaissances générales sur les inégalités sociales de santé et, d'autre part, à

encourager le développement de stratégies visant la réduction de ces inégalités.

## Inégalités sociales de santé : constats et leviers d'action

En guise d'introduction, les thématiques 'Inégalités sociales de santé' et 'Déterminants sociaux de la santé' explorent la réalité des inégalités sociales de santé. En définissant des concepts et en présentant des modèles théoriques, ces thématiques stimulent la réflexion sur les mécanismes et les origines des injustices qui engendrent des inégalités sociales de santé. La thématique 'Inégalités sociales de santé' dresse un portrait historique de l'ensemble des travaux de référence sur les inégalités sociales de santé du 19<sup>e</sup> siècle à nos jours en passant par le Rapport Lalonde (1974), le Rapport Black (1980) et le Rapport Acheson (1998). La création de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (CDSS-OMS, 2008) représente un élément catalyseur pour combattre les causes sociales des problèmes de santé et les inégalités de santé. Les grandes conférences en promotion de la santé de l'OMS – de l'adoption de la Charte d'Ottawa (1986) à la Déclaration d'Helsinki (2013) – retracent les grands jalons de l'équité en santé et la mise en œuvre des grands principes internationaux. Afin de favoriser l'équité en santé, les thématiques 'Stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé' et 'Politiques publiques favorables à l'équité' s'inspirent des travaux et des recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008). Ces thématiques exposent des stratégies pour soutenir l'action sur les déterminants sociaux de la santé et « améliorer les conditions de la vie quotidienne ». Elles soulignent l'importance d'intégrer la santé dans toutes politiques pour réduire les inégalités sociales de santé et de « lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources » (CDSS-OMS, 2008). La thématique 'Stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé' s'intéresse aux causes multiples des inégalités sociales de santé existant au sein des

pays et entre les pays ainsi qu'aux leviers d'action pour contrer ces inégalités. De nombreux facteurs sociaux, situés en amont du système de santé et liés aux conditions de vie, déterminent la façon dont les « gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (CDSS-OMS, 2008). Cette thématique traite de certains déterminants majeurs de la santé susceptibles de s'influencer mutuellement : le développement du jeune enfant, les conditions de travail et d'emploi, le milieu de vie, le mode de vie, l'accès aux soins de santé et à un système de santé équitable. Enfin, la thématique 'Politiques publiques favorables à l'équité' insiste sur le fait que la santé ne doit pas uniquement être l'apanage du système de santé. Au-delà des facteurs sociaux, les politiques sectorielles (éducation, logement, transport, développement urbain, emploi, etc.) sont également concernées dans la mesure où elles peuvent avoir un effet direct ou



### Le RÉFIPS

Le Réseau francophone international pour la promotion de la santé est un lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Il regroupe environ 1000 membres répartis dans une trentaine de pays de la Francophonie qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions favorables à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

indirect sur la santé et sur le bien-être des populations (ou sur les déterminants de la santé), voire accentuer ou atténuer certaines inégalités. L'approche de l'évaluation d'impact sur la santé, citée en exemple dans cette thématique, est une démarche intersectorielle qui permet d'anticiper les effets d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé des populations.

## Comment utiliser la Base de connaissances dans une dynamique d'apprentissage ?

La Base de connaissances peut être utilisée dans le cadre d'activités professionnelles en étant adaptée selon les besoins pour sensibiliser, informer et former des acteurs de la santé sur la question des inégalités sociales de santé. À titre d'exemple, vous pourriez donner un atelier sur la Base de connaissances lors d'un événement en santé publique, en utilisant les contenus PowerPoint des différentes thématiques afin de les faire connaître aux participants (théorie) et de leur apprendre à les diffuser lors de futures présentations ou formations (pratique). Durant un exercice pratique, les participants pourraient travailler en équipe pour s'approprier les contenus et concevoir leur propre PowerPoint, que ce soit pour sensibiliser des décideurs politiques ou former des étudiants sur la question des inégalités sociales de santé.

## Des outils à promouvoir pour renforcer leur utilisation

La Base de connaissances est le fruit d'une collaboration entre la Section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé ([www.refips.org](http://www.refips.org)), l'Institut national de santé publique du Québec et la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (Québec) ainsi qu'un ensemble d'experts à l'échelle de la Francophonie. Celle-ci est hébergée sur le site Internet [www.tribuneiss.com](http://www.tribuneiss.com) qui exerce une veille informationnelle sur les inégalités sociales de santé à travers le monde. Faites la **promotion** de ces outils auprès d'utilisateurs potentiels et encouragez leur utilisation !

## Réflexions

# Les comportements alimentaires sains : juste une question de moyens et d'éducation ?

Martin Biernaux, responsable de projets et recherche Solidaris

**L'adoption de comportements alimentaires sains est encore souvent perçue comme dépendant uniquement du choix des personnes. Selon cette vision, la malbouffe relèverait donc de la seule responsabilité individuelle. Or d'autres facteurs explicatifs sont communément avancés, comme les moyens financiers dont disposent les personnes et leur niveau d'éducation.**

Si ces deux aspects sont déterminants, ils sont loin d'être les seuls. Outre le fait que les acteurs de la filière alimentaire (industrie, distributeurs etc.) déterminent l'enveloppe des choix possibles, les décisions d'achats des consommateurs ne sont pas seulement guidées par leurs moyens financiers et leur perception des informations se rapportant aux produits. Elles sont aussi largement déterminées par le goût, qui reste le critère d'achat numéro un. Or, le goût est socialement construit, il est influencé entre autres par la culture familiale, les identités et les appartenances sociales.

L'existence d'inégalités sociales en matière d'alimentation est avérée, comme en témoigne la plus grande prévalence de l'obésité chez les populations défavorisées. Ces inégalités sont également mises en évidence par l'analyse des dépenses pour certains types de produits. Ainsi, la consommation de poissons, de fruits et de légumes frais augmente avec le statut social.

Toutefois, contrairement à ce que l'on pourrait penser, les différences de revenus n'entraînent pas de grands écarts de la part relative de l'alimentaire dans le budget total. La différence en valeur des budgets accordés à l'alimentation serait due « *au changement qualitatif de nourriture qu'entraîne une hausse de revenus* »<sup>1</sup>. Même si la part des dépenses liées à l'alimentation a fortement diminué depuis plusieurs décennies, elle reste l'un des

premiers postes pesant sur des ménages (surtout les plus défavorisés) qui doivent effectuer un arbitrage au niveau de leurs engagements. Or, le contexte économique actuel, caractérisé par l'augmentation des dépenses contraintes comme le logement, l'augmentation du désir de consommation de produits de nouvelles technologies ou encore la perception d'une baisse du pouvoir d'achat, conduit les ménages à arbitrer leurs dépenses en défaveur de l'alimentation<sup>2</sup>.

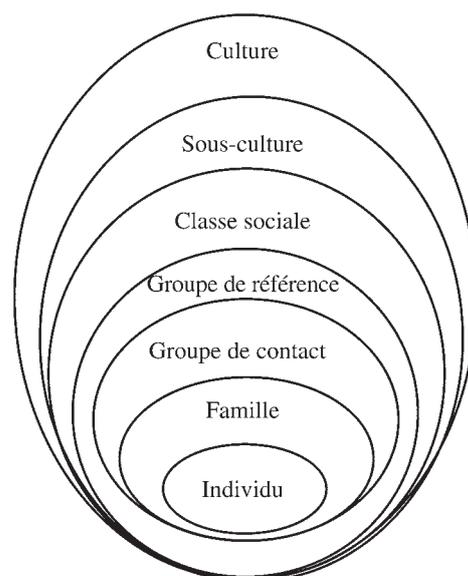
Étant donné que l'alimentation est un déterminant de la santé majeur, ces inégalités de pouvoir d'achat se muent en inégalités sociales de santé. C'est clair, le revenu disponible est un facteur déterminant de la consommation alimentaire mais il n'explique pas tout. Il a été mis en évidence que l'alimentation et l'activité physique sont fortement liés au statut socio-économique dans l'enfance, même si celui-ci a changé au cours de la vie. Cela suggère que d'autres facteurs que le seul aspect financier jouent un rôle dans les comportements alimentaires. En effet, les goûts et comportements des individus sont modelés notamment par les traditions familiales, les conditions sociales d'existence et de travail, la culture locale ou encore le système de valeurs.

### Complexité des niveaux d'influence

C'est ce qu'exprime la hiérarchie de Veblen (voir schéma) qui répertorie différents

niveaux d'influences sur les comportements de consommation avec dans l'ordre : la culture (qui définit des styles de vies), la sous-culture (générations, groupes nationalités, groupes religieux, groupes ethniques et groupes régionaux), la classe sociale (qui définit un système de valeurs, des intérêts, des modes de vie et des comportements), les groupes de référence (groupes auxquels on n'appartient pas mais qui exercent une attirance ou une répulsion), les groupes de contact (amis, voisins, collègues, pairs etc.) et enfin la famille, qui est le groupe d'influence le plus direct et le plus durable<sup>3</sup>.

### Hiérarchie de Veblen



Source : Helfer, J.P.; Orsoni, J. Marketing. 1982.  
Source : M. Padilla, S. Jazi, M. Seltene, 2001.

<sup>1</sup> DUQUESNE, B., (?), 'Hypermoderne, le mangeur belge ?', ULg Gembloux Agro-Bio Tech, Unité d'Économie et Développement rural. p. 5.

<sup>2</sup> HÉBEL, P., (2008), 'Alimentation. Se nourrir d'abord, se faire du bien ensuite', *Crédoc - Consommation et modes de vie*, n° 209 – février 2008.

<sup>3</sup> M. PADILLA, S. JAZI, M. SELTENE, (2001), 'Les comportements alimentaires. Concepts et méthodes', *Options méditerranéennes, Sér. B/n° 32, 2001 - Les filières du lait et dérivés en Méditerranée*.

## Freins socio-culturels

Il apparaît donc qu'il existe des déterminants socio-culturels des comportements alimentaires qui constituent autant de freins à l'adoption d'une alimentation saine qu'il convient de déconstruire. Quels sont-ils ? Pourquoi les normes d'alimentation ne sont-elles pas adoptées par tous ? Une étude de Masullo et Régnier (2009) s'est penchée sur ces questions et a apporté des éléments de réponse très intéressants.

Les freins sont nombreux et ne se réduisent pas aux seules contraintes économiques. Les goûts, les styles de vie et les représentations collectives jouent également un rôle. En effet, la consommation alimentaire constitue « *un espace où se forment et se lisent goûts et identité de classe, auxquels peuvent venir se heurter les normes actuelles de santé publique en matière d'alimentation* ».

En conséquence, « *la capacité à produire et à intégrer les normes relève des appartenances sociales* »<sup>4</sup>.

L'étude met ainsi en évidence une nette opposition entre les catégories aisées, qui diffusent et s'approprient plus aisément les normes actuelles, et les catégories défavorisées. Plusieurs éléments d'explication sont mis en avant. Chez ces dernières, les goûts alimentaires sont guidés par un souci d'intégration sociale. En effet, consommer ne signifie pas seulement acquérir des biens matériels mais est une forme de participation à la vie sociale. Le fait que le choix des ménages défavorisés se porte plus volontiers sur des produits industriels est justement une manière de participer à la société de consommation dont ils sont exclus sous bien des aspects.

Le rapport à l'alimentation que l'on transmet à ses enfants diffère également selon les milieux. En milieu aisé, l'accent sera plus mis sur l'inculcation de principes tandis qu'il sera mis, en milieu modeste, sur l'abondance et l'exercice d'une forme de choix. De même, les représentations du lien entre alimentation et santé et la signification de l'acte de prendre soin de son corps s'opposent.



Photo © Stéphanie Jassogne

*L'alimentation c'est aussi une affaire de culture, expo organisée dans le cadre du colloque « Vers une politique concertée de l'alimentation en Belgique. Quels enjeux, quelles priorités »*

Les catégories aisées adopteront une approche plus préventive du régime alimentaire et s'attacheront à contrôler le poids, tandis que les catégories plus modestes feront plutôt régime si elles y sont contraintes pour des raisons de santé (approche curative). Ces dernières peuvent voir dans la perte de poids une fragilisation du corps, que l'on aura tendance à consolider non par l'activité physique mais par le renforcement de l'intérieur.

**Le revenu ou encore le niveau d'éducation ne suffisent pas à expliquer les comportements alimentaires.**

Enfin, les repères normatifs en matière de corpulence ne sont pas les mêmes, l'intérêt pour la minceur augmentant avec le statut

social<sup>5</sup>. En conséquence, les personnes en surpoids ou obèses qui sont issues de milieux modestes sont « *conscientes de ce fait mais se trouvent également dans une situation de normalité de fait dans leur groupe* »<sup>6</sup>.

Autre apport intéressant de l'étude de Masullo et Régnier : la classe intermédiaire ne s'approprie pas les normes actuelles d'alimentation et de corpulence de manière homogène. Les catégories intermédiaires intégrées et modestes en ascension manifestent hyper adhésion et bonne volonté tandis que les catégories modestes et populaires adoptent une posture critique. Ceci peut s'expliquer par l'importance de l'intégration sociale, qui favorise l'attention aux normes et qui modère donc l'effet de pauvreté. La trajectoire sociale est également une explication. La volonté de conformité aux normes d'alimentation et de corpulence chez les individus en trajectoire d'ascension sociale, ou chez ceux qui redoutent une forme de déclassement est plus grande car, à travers la corpulence est lue la position sociale.

<sup>4</sup> MASULLO, A. et RÉGNIER, F. (2009), 'Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale', *Revue française de sociologie*, 2009/4 Vol. 50, p. 751.

<sup>5</sup> MASULLO, A. et RÉGNIER, F. (2009), op.cit., p. 760.

<sup>6</sup> MASULLO, A. et RÉGNIER, F. (2009), op.cit., p. 757 et 758.

Enfin, la structure familiale joue également un rôle. L'arrivée d'un enfant, par exemple, va déclencher l'attention aux normes tandis que les accidents de la vie (rupture, deuil) peuvent au contraire l'abaisser. Ainsi, aux côtés des groupes favorisés, qui diffusent et s'approprient facilement les normes d'alimentation et de corpulence, figurent ceux qui manifestent une forme de réaction populaire, qui expriment une forme de 'liberté' du point de vue des contraintes morale, économique et sociale, un refus à l'égard d'un surcroît de

contraintes, à la différence de ceux qui cèdent à la pression normative. Pour conclure, le revenu ou encore le niveau d'éducation ne suffisent donc pas à expliquer les comportements alimentaires. La réception et la diversité de la mise en pratique des normes nutritionnelles s'expliquent donc aussi par les représentations de l'alimentation, celles du corps, la symbolique de la maladie, le lien établi ou non entre santé et alimentation. Et ces représentations collectives et identités sont propres à chaque classe.

Il ne suffit pas d'augmenter les revenus ou de baisser les prix, ou encore 'd'éduquer' pour modifier les choix alimentaires. Des recommandations de santé qui ne tiendraient pas compte des systèmes de valeurs, des goûts et des styles de vie se révéleraient donc inefficaces. Au contraire, elles risqueraient d'augmenter les inégalités de santé en étant plus efficaces dans les milieux aisés que dans les milieux défavorisés.

## Outils

# La réputation

### Description

#### Matériel

- 1 court métrage d'une durée de 3 minutes
- 1 fiche 'aide à l'animation'

#### Concept

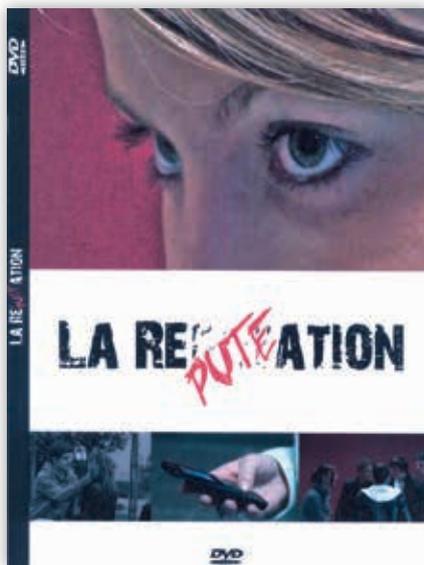
Ce DVD réalisé par des lycéens met en scène une jeune fille tombée amoureuse d'un garçon. Elle se remémore leur premier rendez-vous, leur premier flirt, leurs premières disputes. Elle se souvient également d'un texto qu'elle a reçu de lui, puis de sa réputation !

Le court métrage soulève de nombreuses questions sur les relations amoureuses :

- Jusqu'où peut-on aller par amour ?
- C'est quoi le chantage affectif ?
- Comment se fait une réputation ?
- Comment y faire face ?
- Faut-il en parler ? À des adultes ?

#### Objectifs

- Identifier les différentes formes de relations aux autres
- Valoriser les relations respectueuses et responsables
- Identifier et prévenir les violences



#### Bon à savoir

Le film a été réalisé par 12 élèves de 1<sup>re</sup> du Lycée Jeanne d'Arc (Rennes), en partenariat avec l'association Liberté Couleurs dans le cadre de l'opération 'Printemps de la Jupe et du Respect', avec l'aide et le soutien de Anthony Guegan.

#### Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Liberté Couleurs,  
3 rue de la Volga, 35200 Rennes, France.  
Tél. +33 12 23 30 02 16

Courriel : [info@libertecouleurs.org](mailto:info@libertecouleurs.org)  
Site : <http://www.libertecouleurs.org>  
Les CLPS du Brabant wallon et de la province de Luxembourg peuvent aussi vous prêter cet outil.

#### L'avis de PIPSa

La Cellule d'experts de PIPSa ([www.pipsa.be](http://www.pipsa.be)) a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2012.

#### Appréciation globale

Ce petit support pédagogique, très pertinent par rapport à l'actualité (diffusion d'images sur les réseaux sociaux) et aux situations vécues par les jeunes, présente de nombreuses qualités pour l'utilisateur (court, concis, facile à utiliser) ainsi que pour le public (réalisé par des jeunes, bien joué, bien filmé – même si le son est parfois peu audible). Le public s'y identifiera très facilement d'autant qu'il propose un discours nuancé dans les questions/commentaires (point de vue des garçons/des filles notamment). Le léger cahier pédagogique fournit des pistes adaptées pour un débat avec les jeunes sur les difficultés des relations amoureuses à l'adolescence (le chantage

affectif, la 1<sup>re</sup> fois, l'influence du groupe d'amis, la diffusion sur les media sociaux...). Il permet d'analyser l'idée que la jalousie, la prise de pouvoir sur l'autre, ce n'est pas de l'amour et de dénoncer le chantage affectif.

Le support filmé peut être utilisé en illustration du débat mais aussi avant de l'entamer. Il pourrait avantageusement être animé par les jeunes eux-mêmes (pairage) avec un adulte-ressource.

## Objectifs

- Identifier les situations à risque de violence (chantage affectif, diffusion sur les médias sociaux) dans les relations amoureuses en vue de les prévenir.
- Réfléchir à des scénarios pour s'en sortir : que peut faire l'école ? les copains ? les parents ?

## Public cible

À partir de 16 ans

## Utilisation conseillée

- S'adjoindre, si souhaité, des professionnels de planning, PSE, PMS (ou connaître les ressources locales utiles).
- Penser à installer des règles de confidentialité dans le groupe.
- Prévoir l'amplification du son pour audibilité par tous.
- Se documenter au préalable sur le cadre légal et le règlement d'ordre intérieur de l'établissement.

# Lu pour vous

## Les Français et le tabac

### Les résultats du *Baromètre santé*

Anne Le Pennec

## Moins de gros fumeurs mais plus de fumeurs parmi les Français, une dénormalisation du tabac à l'œuvre mais encore beaucoup d'idées reçues, l'âge de la première cigarette qui recule mais un gradient social de plus en plus marqué.

À lire les données sur le tabac recueillies en 2010 à l'occasion du dernier *Baromètre santé* de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), on s'interroge : est-on sur la bonne voie pour que la baisse du tabagisme profite à tous ? Et si à force de miser sur la hausse des prix et l'interdiction de fumer dans les lieux publics, on passait à côté de l'essentiel ? L'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne chaque année le 'la' de la journée mondiale sans tabac. Le 31 mai 2014, elle en appelait à tous les pays pour augmenter les taxes sur le tabac, arguments à la clé.

« La recherche montre que des taxes plus élevées sont particulièrement efficaces pour réduire la consommation parmi les groupes à plus faible revenu et empêcher les jeunes de commencer à fumer. Une augmentation de 10 % du prix du tabac suscite une baisse de la consommation de 4 % dans les pays à revenu élevé, baisse qui peut aller jusqu'à 8 % dans les pays à faible revenu ou revenu intermédiaire. » À croire l'OMS, de nombreux fumeurs arbitraient en faveur du gain financier occasionné par l'arrêt du tabagisme face aux bénéfices procurés par le tabac. Dans son analyse du tabagisme des Français

au regard des données du *Baromètre santé 2010*, l'Inpes constate pourtant que « les hausses de prix (de l'ordre de 30 centimes en moyenne) intervenues entre 2005 et 2010 ne semblent pas avoir eu d'influence sur les décisions d'arrêt des fumeurs. » Et d'estimer qu'elles « n'étaient probablement pas assez fortes pour être réellement efficaces. »

Est-ce à dire qu'il suffirait de réévaluer le prix du paquet de cigarettes pour mettre fin, ou à tout le moins réduire nettement le tabagisme dans le pays ? Les choses ne sont pas si simples. Les inégalités sociales notamment pèsent de tout leur poids sur les comportements tabagiques. Les auteurs du *Baromètre santé* en ont parfaitement conscience et l'écrivent noir sur blanc :

« La politique de lutte contre le tabagisme a connu des succès remarquables depuis les années 1970 pour les hommes et les années 1990 pour les femmes. Cette amélioration globale n'a cependant pas touché toutes les populations de la même façon, en particulier les populations confrontées à la précarité financière et sociale. (...) Sauf à mettre en œuvre des dispositions particulières envers les populations précarisées, l'intensification de la lutte antitabac est susceptible

d'entraîner un accroissement de la différenciation sociale du tabagisme. »

Voilà c'est dit : jouer sur le levier financier a non seulement des effets limités sur les pratiques tabagiques des populations précaires mais cela risque de les fragiliser encore plus. Certes, il s'agit là d'une minorité de fumeurs face à une majorité plus encline à diminuer sa consommation lorsque le prix du tabac augmente. Mais les auteurs de l'analyse soulignent à juste titre que « ces inégalités face à l'exposition à un risque majeur pour la santé nécessitent d'autant plus un investissement important des pouvoirs publics qu'elles s'ajoutent à des situations sociales déjà difficiles. »

## Vouloir arrêter ne suffit pas

Ce *Baromètre santé*, comme les précédents en 2000 puis 2005, rapporte quantité d'autres informations intéressantes quant aux comportements tabagiques des Français, leurs croyances et leurs représentations.

Intéressantes par les contrastes qu'elles révèlent, les représentations qu'elles font vaciller et les questions qu'elles posent aux acteurs de la promotion de la santé.

Passons sur la hausse du tabagisme féminin, non pas pour la passer sous silence car le phénomène mérite évidemment d'être entendu, mais parce que ce constat, plus médiatisé que les autres en France, a eu tendance à en occulter d'autres.

À commencer par celui-ci : la proportion de fumeurs qui déclarent avoir envie d'arrêter a notablement diminué depuis 2005. 57 % des fumeurs réguliers, majoritairement des hommes, disent le souhaiter, contre près de 65 % cinq ou dix ans plus tôt.

Les auteurs relèvent que les tentatives d'arrêt dans l'année comme dans les cinq dernières années ne sont associées ni au niveau de diplôme, ni au statut d'activité, ni au niveau de revenu des individus.

« Alors que la réussite du sevrage tabagique apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique », soulignent-ils, « la propension des individus à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène. »

Autrement dit, si les populations précaires continuent de fumer plus que les autres, ce n'est pas faute d'avoir envie d'arrêter mais parce qu'elles n'y parviennent pas. Ce qui est très différent. Quant à ceux qui ont le projet d'arrêter, toutes catégories sociales confondues, ils sont une majorité (62 %) à déclarer vouloir le faire seuls. Comprenez sans l'aide d'un médecin. Par ailleurs, près de la moitié des fumeurs décidés à rompre avec le tabac pense s'aider d'un traitement pharmacologique de type patch anti-tabac, médicament sur ordonnance ou gomme à mâcher et 9 % faire appel à un soutien psychologique. Et les autres, soit un peu plus de 40 % ? Ils envisagent d'arrêter sans aucune aide extérieure. Ce sont le plus souvent des hommes.

## Des fumeurs stigmatisés

L'enquête explore également l'information sur les effets du tabac. Plus de 90 % des 15-85 ans se disent plutôt bien voire très bien informés. Par ailleurs, les plus gros fumeurs et les non-fumeurs identifient particulièrement bien le risque de cancer, bien mieux que les fumeurs de moins de dix cigarettes par jour.

Les fumeurs intensifs sont aussi ceux qui craignent le plus les maladies dues au tabac. Autrement dit, les petits fumeurs sous-estimeraient leur risque, ignorant sans doute

que la durée du tabagisme a plus d'impact sur le risque de cancer du poumon que la quantité de tabac fumée quotidiennement. L'observation de l'évolution des opinions sur le tabagisme met en évidence celle de la représentation sociale associée au produit. Si un Français sur cinq continue de penser que fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe, cette proportion a fortement diminué depuis 2005 chez les fumeurs comme chez les non-fumeurs. « On peut y voir un effet de dénormalisation du tabac et des décrets sur le tabagisme passif, qui ont pour conséquence une exclusion du fumeur des lieux publics fermés », avance l'Inpes.

**Jouer sur le levier financier a non seulement des effets limités sur les pratiques tabagiques des populations précaires mais cela risque de les fragiliser encore plus.**

Effet pervers de dénormalisation à l'œuvre, les fumeurs risquent de se retrouver affublés de l'étiquette du déviant, voire du paria. Un effet à double tranchant car, soulignent les auteurs, « cela peut constituer un levier redoutable pour la prévention mais aussi redoubler les difficultés éprouvées au quotidien par les fumeurs, surtout s'ils se trouvent dans une situation précaire. » Interrogés sur leurs attitudes à l'égard des fumeurs, seuls 20 % des non-fumeurs accepteraient d'engager une personne qui fume pour s'occuper de leurs enfants. Et moins d'un sur deux accepterait d'avoir un rendez-vous galant avec un fumeur. Deux jugements négatifs portés majoritairement par des femmes et plus répandus à mesure que l'âge avance. À noter enfin qu'un quart des non-fumeurs, principalement des hommes et chez les plus de 55 ans, considèrent que fumer n'est rien de moins qu'un « échec personnel »... Pour autant, tout n'est pas complètement noir au royaume du tabac. Il y a des points positifs dans l'évolution des représentations

et des attitudes des Français à son égard, que les auteurs du rapport se permettent de relever et de discuter. L'un d'eux concerne la prise de conscience des risques du tabagisme passif, bien plus répandue aujourd'hui qu'en 2005. Pour l'Inpes, celle-ci « pourrait être responsable de la diminution de la proportion de fumeurs déclarant fumer à l'intérieur de leur domicile, en particulier en présence d'enfants. » De fait, 40 % des fumeurs disent ne jamais fumer chez eux. Et l'agence sanitaire française de souligner que « ce constat fait écho à une étude montrant que l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité mise en place depuis quelques années dans plusieurs pays européens n'aurait pas provoqué d'augmentation du tabagisme au domicile, contrairement aux objections soulevées par les opposants à l'interdiction ».

## « Les fumeurs sont des gens rationnels, qui connaissent les dangers du tabac »

Nous avons interrogé Patrick Perretti-Watel, auteur récemment de 'La cigarette du pauvre, enquête auprès des fumeurs en situation précaire' (paru aux Presses de l'EHESP en 2012).

*Éducation Santé : Quels enseignements tirez-vous du Baromètre santé 2010 de l'Inpes quant aux comportements des Français vis-à-vis du tabac ?*

**Patrick Perretti-Watel :** L'enquête permet de faire le point sur l'évolution de la prévalence du tabagisme en France métropolitaine depuis 2005, date du précédent Baromètre santé.

J'observe d'abord une augmentation générale du tabagisme, en particulier chez les femmes. Ce constat est sans doute à mettre en parallèle avec l'évolution de la politique anti-tabac française, en particulier en matière de prix, moins virulente entre 2005 et 2010 qu'elle ne l'était entre 2000 et 2005.

Par ailleurs, les données confirment le fort gradient socio-économique du tabagisme, déjà mis en évidence dans les enquêtes précédentes. Le niveau de diplôme, le type d'emploi, la situation professionnelle restent des déterminants du tabagisme importants. L'augmentation du tabac chez les femmes entre 45 et 65 ans met en avant

les difficultés auxquelles se heurtent les femmes de cette tranche d'âge. Une explication possible serait que l'activité de ces femmes a augmenté par rapport à leurs aînées sans qu'elles échappent complètement aux tâches domestiques. Or ces dernières incluent désormais le fait d'aider ses enfants en recherche d'emploi, de s'occuper de ses petits-enfants mais aussi de ses propres parents qui vivent de plus en plus longtemps, avec des problématiques de perte d'autonomie. Mais ce n'est qu'une hypothèse, qui nécessite d'être confortée par d'autres enquêtes.

*ES : Dans 'La cigarette du pauvre', vous vous intéressez à la précarité plutôt qu'à la pauvreté. Pourquoi ?*

**PPW :** La pauvreté est une notion toujours très difficile à mesurer et qui renvoie, selon les définitions, à un faible capital social, matériel, culturel, etc. En outre, la notion de pauvreté renvoie à un état, supposé stable, à la différence de la précarité qui correspond à une dynamique incertaine. D'une certaine façon, on pourrait dire que la pauvreté c'est subsister avec peu tandis que la précarité, c'est ne pas savoir si l'on pourra continuer à subsister avec ce peu ou si l'on pourra conserver encore longtemps ce peu. Cela induit une difficulté à se projeter dans le futur, qui peut être particulièrement intéressante quand on se penche sur la question des comportements liés au tabac. La précarité de l'emploi, c'est d'abord le chômage qui semble 'aggraver' les effets du genre, du diplôme et de l'isolement sur la pratique tabagique. La précarité matérielle nourrit aussi une focalisation sur les problèmes du quotidien ainsi qu'un certain pessimisme quant à son espérance de vie et sa santé future. Cette myopie temporelle relativise les dangers du tabac et n'incite pas à arrêter de fumer.

*ES : Vous tordez également le cou à plusieurs erreurs d'interprétation concernant le tabagisme des populations précaires...*

**PPW :** J'en vois au moins deux. D'abord on a vite tendance à interpréter les comportements de ces fumeurs en termes de manques : manque de connaissance sur les méfaits du tabac, manque de capacité à arrêter de fumer, entre autres. Ce n'est pas complètement faux mais trop réducteur. Ces personnes ont des croyances propres,



Photo © Fotolia

une culture populaire bien réelle. Cette vision par le manque a un impact sur les politiques publiques puisqu'elle incite à vouloir combler le manque, en fournissant toujours plus d'information par exemple alors que le problème n'est pas là. Les populations précaires sont souvent plus méfiantes que les autres catégories sociales à l'égard des pouvoirs publics en général et dubitatives quant aux campagnes sanitaires en particulier. Ainsi, si elles manquent de quelque chose, c'est surtout de confiance. Et il ne s'agit pas de les informer plus mais de les convaincre. Autre représentation largement répandue : les facteurs socio-économiques joueraient uniquement sur l'exposition au tabac, puis la dépendance au produit prendrait le relais, expliquant à elle seule pourquoi les fumeurs continuent de fumer. Cela ne tient pas. Encore une fois, les enquêtes sociologiques montrent que les fumeurs se présentent comme des gens rationnels, qui connaissent les dangers du tabac. Ils fument, non pas uniquement parce qu'ils sont dépendants du tabac, mais pour ce que la cigarette leur apporte en termes de plaisir, de réconfort, de gestion du stress, de sociabilité, etc. Les bénéfices attendus, les besoins satisfaits, sont au cœur de leurs motivations.

*ES : Les campagnes de prévention semblent avoir peu d'impact sur le tabagisme des populations précaires. Pour quelles raisons ?*

**PPW :** Il y a d'abord ce problème de confiance

vis-à-vis des campagnes de prévention en général. Les gens sont souvent très informés et de ce fait, très critiques à l'égard des messages qu'ils reçoivent.

Qui plus est, le paysage de la prévention est marqué par la cacophonie, avec plusieurs messages qui cohabitent. Les politiques de lutte anti-tabac suscitent généralement des commentaires hostiles, de nombreux fumeurs dénonçant l'hypocrisie d'un État qui pointe les dangers du tabac, chasse les fumeurs de l'espace public mais continue dans le même temps à 's'en mettre plein les poches'.

À cet égard, la mesure qui consisterait à orienter une part des revenus de la vente de tabac vers la prévention contribuerait à restaurer un peu de cohérence dans le dispositif, ce qui est bon pour la confiance. Implicitement, les campagnes de prévention ciblent un individu idéal qui se préoccupe de sa santé, peut et sait se projeter dans le futur. L'accueil n'est pas nouveau et a déjà été mis en évidence par le médecin et sociologue **Patrice Pinel** qui s'est penché sur la première campagne de prévention de la Ligue contre le Cancer dans les années 1920. Or ces individus rationnels sont largement fictifs et surtout beaucoup moins éloignés des plus aisés que des précaires.

Des études montrent que les arguments financiers marchent mieux que ceux qui portent sur l'espérance de vie. On pourrait donc choisir de cibler les motifs les plus importants pour les gens, comme leur situation financière ou leur capacité de séduction. Mais est-ce acceptable sur le plan de l'éthique ? Le risque est aussi de s'exposer à des parades de la part de l'industrie du tabac, particulièrement performante dans ce domaine.

Une autre approche intéressante, celle du marketing social, consiste à déconstruire et dénoncer les pratiques des industriels. Toutefois, les actions de proximité qui placent un acteur de prévention en face à face avec un fumeur ou un groupe de fumeurs restent les plus pertinentes. Car c'est ce dialogue, au cours duquel la parole circule dans les deux sens, qui permet de comprendre les comportements des fumeurs et de mettre au jour leurs motivations...



# Sommaire

## Initiatives

- 2 Le combat pour une alimentation de qualité, par *Carole Feulien*

Le 24 avril dernier, la Mutualité socialiste-Solidaris organisait un colloque intitulé « Vers une politique concertée de l'alimentation en Belgique. Quels enjeux, quelles priorités ? », faisant écho aux résultats de l'enquête du Thermomètre Solidaris parus en décembre de l'année dernière.

- 5 Un visiteur médical au service de la médecine préventive, par *Patrick Trefois*

La littérature scientifique met en évidence l'intérêt, pour l'implantation de programmes de prévention, de rencontres entre un visiteur médical et un médecin. Cette démarche permet de sensibiliser le médecin, de lui transmettre des informations concrètes et pratiques sur le fonctionnement des programmes et d'individualiser les informations transmises en fonction de ses besoins spécifiques.

- 8 Un outil pédagogique en ligne sur les inégalités sociales de santé, par *Lisandra Lannes*

La Base de connaissances francophone sur les inégalités sociales de santé hébergée sur le site Internet [www.tribuneiss.com](http://www.tribuneiss.com) cherche à documenter ce problème de santé publique majeur par le partage d'informations et la recension de pratiques fondées sur des données probantes.

## Réflexions

- 10 Les comportements alimentaires sains : juste une question de moyens et d'éducation ?, par *Martin Biernaux*

L'adoption de comportements alimentaires sains est encore souvent perçue comme dépendant uniquement du choix des personnes. Selon cette vision, la malbouffe relèverait donc de la seule responsabilité individuelle. Or d'autres facteurs explicatifs sont communément avancés, comme les moyens financiers dont disposent les personnes et leur niveau d'éducation.

## Outils

- 12 La réputation  
Les relations amoureuses d'aujourd'hui vues par les jeunes.

## Lu pour vous

- 13 Les Français et le tabac, par *Anne Le Pennec*  
Moins de gros fumeurs mais plus de fumeurs parmi les Français, une dénormalisation du tabac à l'œuvre mais encore beaucoup d'idées reçues, l'âge de la première cigarette qui recule mais un gradient social de plus en plus marqué. Patrick Peretti-Watel commente pour nous les données récentes sur le tabagisme en France.

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

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

**Ont collaboré à ce numéro :** Martin Biernaux, Lisandra Lannes, Anne Le Pennec, Patrick Trefois

**Rédacteur en chef :** Christian De Bock (02 246 48 50, [christian.debock@mc.be](mailto:christian.debock@mc.be)).

**Secrétariat de rédaction :** Christian De Bock

**Journaliste :** Carole Feulien ([carolefeulien@gmail.com](mailto:carolefeulien@gmail.com)).

**Relectures :** Danielle Beeldens, Carole Feulien.

**Recherches iconographiques :** Danielle Beeldens.

**Site internet :** Octopus (design et développement), Carole Feulien (animation).

**Réseaux sociaux :** Carole Feulien.

**Lettre d'information :** Carole Feulien.

**Contact abonnés :** Christian De Bock (02 246 48 50, [christian.debock@mc.be](mailto: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, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

**Comité opérationnel :** Christian De Bock, Carole Feulien, 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 :** 1100 exemplaires.

**Diffusion :** 1000 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 50.  
Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).  
Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse :** [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Notre site adhère à la plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net).



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



Imprimé sur papier  
blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

