



**Une page
Facebook pour
Éducation Santé**

**Carole Feulien
et Simon Trappeniers**



Edito

Ne dites plus 'Équilibre', zeg nu 'Bodytalk'

Christian De Bock, rédacteur en chef

La chose est passée à peu près inaperçue : le mensuel santé de Roularta a changé de nom en mai. Il porte dorénavant le même titre que son pendant néerlandophone, Bodytalk. Voilà qui sonne très 'belge' indeed !

Il ne s'agit pas seulement d'une modification anecdotique du nom du magazine. En fait, le puissant groupe de presse flamand s'est séparé brutalement au mois de mars de la rédactrice en chef d'*Équilibre*, **Karin Rondia**, pour confier dorénavant le pilotage des deux publications à la responsable de l'édition flamande, **Marleen Finoult**.

La raison invoquée est le coût trop important du maintien de deux équipes rédactionnelles pour deux mensuels proches dont l'équilibre financier dépend exclusivement de la vente au numéro et des abonnements, puisqu'ils n'acceptent pas de publicité.

Que les lecteurs francophones ne se fassent pas trop d'illusion : il est à craindre que la plupart du temps ils devront se contenter à l'avenir d'une simple traduction



« Le magazine santé *Équilibre* collabore désormais étroitement avec son pendant néerlandophone *Bodytalk*. Nous réalisons désormais un seul magazine en deux langues. »
En effet !

de textes flamands, qui ne reflèteront pas nécessairement les approches différentes de la santé entre le nord et le sud du pays. Nous en avons déjà un bel exemple dès la première livraison de *Bodytalk* en français : un article (par ailleurs intéressant) faisant le point sur la pyramide alimentaire et son évolution depuis une quinzaine d'années ignorait complètement le travail francophone en la matière, allant même jusqu'à 'se trahir' en parlant de 'triangle actif' (le terme 'triangle' est celui qui est utilisé en Flandre pour nommer la pyramide alimentaire).

En somme, on peut dire maintenant '*En voor de Franstaligen hetzelfde*' ('Et pour les francophones, la même chose'). S'y retrouveront-ils ?

Initiatives

'Voyons large'

Une campagne de sensibilisation aux discriminations liées au surpoids

Patrick Trefois (Question Santé), Patrick Charlier (Centre pour l'égalité des chances) et Sandrine Pequet (Question Santé)

Le rejet et la discrimination se fondent bien souvent sur des critères liés à l'apparence physique : couleur de peau, sexe, handicap, âge... Aujourd'hui, la corpulence est également devenue un important facteur de stigmatisation et d'exclusion.

« Les régimes, c'est comme la cigarette : il ne faut jamais commencer. »

Caroline Franc-Desages, blogueuse *Pensées de ronde*

La façon dont les rondeurs sont perçues et dont les personnes en surpoids se perçoivent elles-mêmes, serait révélatrice de l'intériorisation et de l'adhésion à la norme de minceur qui s'est imposée dans nos sociétés. En effet, de nombreux stéréotypes négatifs sont véhiculés

sur les personnes rondes. Elles seraient paresseuses, faibles, sans volonté, sales, moins intelligentes, moins compétentes, peu séduisantes, peu féminines ou pas viriles... A contrario, dans nos sociétés occidentales, la minceur est socialement valorisée (preuve de réussite, de statut

social, de volonté, etc.) et présentée comme l'idéal esthétique, la norme à laquelle se conformer. De ces représentations individuelles et collectives des rondeurs découle un certain vécu de son poids avec des comportements souvent néfastes

vis-à-vis de celui-ci (obsession du poids, indifférence, culpabilité, régimes excessifs...) et des conséquences sociales, psychologiques, économiques et de santé importantes. Ceux qui ne correspondent pas à cet idéal de minceur sont alors souvent victimes de traitements injustes : rejet, stigmatisation, exclusion, moqueries, etc., et ce, dans différents domaines de la vie (à l'école, dans le cercle familial, la vie professionnelle, le milieu médical, etc.).

Divers travaux menés notamment en France et aux États-Unis, la récolte de témoignages, tant directs que sur des forums web, ainsi que les signalements déposés auprès du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme en Belgique, peuvent permettre d'appréhender ce phénomène.

Des discriminations au travail

Les cas le plus souvent évoqués concernent la discrimination dans le milieu du travail, ayant un impact non négligeable sur le parcours professionnel de certaines personnes en surpoids.

En France, des chercheurs ont montré que la proportion de temps passé sans emploi durant la vie active augmente significativement en fonction du poids lorsque celui-ci dépasse l'indice de masse corporelle considéré comme normal (sur base des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques en France). Les personnes obèses ont également une moindre probabilité de retrouver un emploi¹ : une personne obèse reçoit trois fois moins de réponses positives pour un poste de 'commercial' qu'une personne d'apparence mince.²

Selon des données provenant des États-Unis, les discriminations concernent aussi bien l'embauche, les salaires, les promotions, la cessation d'emploi que le quotidien en milieu de travail : près d'un travailleur sur deux signale une stigmatisation par les collègues et quatre sur dix par les employeurs et superviseurs

(humour déplacé, commentaires péjoratifs, traitement différencié, etc.).

Des discriminations dans le domaine de la santé

Aux États-Unis toujours, diverses études montrent que les professionnels de la santé véhiculent des attitudes et croyances négatives à l'égard des personnes obèses, notamment qu'elles sont paresseuses, indisciplinées, maladroites, peu attrayantes, ont une volonté faible et donc une mauvaise adhésion aux traitements.³ Les messages de prévention sanitaire incitant à se nourrir sainement, à perdre du poids, à pratiquer une activité physique sont quotidiens dans notre société. Si certains se concentrent sur les effets nocifs pour la santé du surpoids et de l'obésité, d'autres présentent parfois les personnes trop fortes comme étant faibles, responsables et coupables de leur état, voire antisociales par leur incapacité à se conformer à la norme de poids admise.

Des relations interpersonnelles plombées

Les personnes obèses doivent parfois aussi faire face à des difficultés dans leurs relations interpersonnelles. Des études récentes montrent la réalité des perceptions négatives basées sur le poids, surtout vis-à-vis des femmes obèses, émanant des membres de la famille et des amis, ainsi que dans la vie amoureuse.⁴ Les jeunes sont eux aussi touchés dans leurs relations, ce qui n'est pas sans conséquence. **Rebecca Puhl** précise ainsi que « *Les enfants en surpoids qui font l'objet de moqueries et de brimades ont 2 à 3 fois plus de risques de développer des pensées suicidaires que ceux qui ne sont pas tourmentés.* »⁵

Des médias aux lourdes allusions

Aux États-Unis, des analyses de contenu des médias et des fictions télévisées démontrent la stigmatisation

des personnes en surpoids, plus particulièrement des femmes (traits de caractères plutôt négatifs, commentaires négatifs des autres personnages, etc.). On retrouve les mêmes tendances dans les fictions pour enfants.



Les publicités omniprésentes sur les régimes et méthodes miraculeuses pour perdre du poids mettent souvent l'accent sur l'idée fausse que le poids est facilement modifiable et que le succès est une simple question d'effort personnel. Elles dépeignent les personnes en surpoids comme malheureuses et sans attraits et connotent la perte de poids comme les rendant plus heureuses.

Les articles de presse consacrés à l'obésité présentent souvent l'obésité en termes de responsabilité individuelle, en focalisant sur les comportements et solutions individuels (excès alimentaires et alimentation malsaine à corriger par un changement d'habitudes alimentaires). Cette présentation omet les dimensions sociétales importantes contribuant à la progression de l'obésité dans nos sociétés ; en outre, elle renforce la stigmatisation des personnes obèses (ce qu'on qualifie en promotion de la santé de « blâme de la victime »).

¹ Alain Paraponaris, Bérengère Saliba, Bruno Ventelou. Obesity, weight status and employability : Empirical evidence from a French national survey. *Economics and Human Biology* 3 (2005) 241–258.

² J-F Amadieu, L'obèse : « l'incroyable discriminé », Observatoire des discriminations, Université Paris I, Panthéon Sorbonne, septembre 2005

³ Idem note 1

⁴ Idem note 1

⁵ Rebecca Puhl, Stigmatisation sociale de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques, *Diabetes Voice*, mars 2009

Les médias ont aussi une tendance à la dramatisation ('épidémie galopante', 'chiffres alarmants', 'fardeau pour les systèmes de sécurité sociale', etc.). Ces nouvelles tendances de l'information s'appuient sur et renforcent les perceptions culturelles préexistantes vis-à-vis des gros.⁶

Les conséquences des discriminations sur le bien-être et l'estime de soi

À force de subir des remarques, des moqueries, des exclusions banales dans la vie quotidienne, le discours médiatique ambiant, les personnes en surpoids perdent insidieusement confiance en leurs capacités, avec pour conséquence une difficulté inconsciente de se présenter positivement, notamment lors d'un entretien d'embauche, d'un examen ou d'un rendez-vous galant par exemple. La fréquence des expériences de stigmatisation chez les personnes obèses est associée à une baisse de l'estime de soi et à une augmentation de problèmes comme la dépression, l'anxiété, la perception négative du corps et des troubles alimentaires (accès de boulimie).⁷ De nombreuses études ont montré un lien entre le stress lié à une discrimination (quelle qu'elle soit) et divers troubles de santé, dont une prise de poids.⁸ La stigmatisation liée à un excès de poids est donc susceptible de contribuer à une prise de poids supplémentaire !

Et chez les enfants ?

La prévention de l'obésité chez l'enfant est devenue une priorité de santé publique. Il est certain que prévenir le surpoids est une stratégie pertinente quand on connaît les difficultés rencontrées pour réduire le poids chez des personnes obèses. Cependant, des auteurs soulignent que la réduction des discriminations liées au

poids est tout aussi importante que la réduction de l'indice de masse corporelle. Dans cette perspective, les enfants ont besoin d'adultes (parents, enseignants, etc.) pour défendre leurs intérêts et lutter contre les préjugés de poids. En effet, selon certains auteurs, les effets néfastes des stigmatisations de l'enfant pourraient sans doute s'avérer aussi délétères pour son bien-être que son excès de poids.⁹ Malheureusement, les enseignants ont souvent des représentations négatives des élèves en surpoids et les perçoivent plutôt comme désordonnés, trop émotifs, ayant moins de chances de réussir et susceptibles d'avoir plus de problèmes familiaux que leurs pairs de poids normal.¹⁰

Les médias ont tendance à la dramatisation ('épidémie galopante', 'chiffres alarmants', 'fardeau pour les systèmes de sécurité sociale', etc.). Ces nouvelles tendances de l'information s'appuient sur et renforcent les perceptions culturelles préexistantes vis-à-vis des gros.

La prise de conscience des modèles esthétiques de minceur auxquels nous adhérons (sans toujours nous en rendre compte), la sensibilisation de l'opinion publique à cette injustice qui touche de plus en plus de personnes et des revendications claires de respect de l'être humain, quelle que soit sa corpulence, pourront, nous l'espérons, contribuer à une évolution du regard porté sur les personnes

en surpoids, dans le but d'une plus grande tolérance.

Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre les discriminations liées à l'apparence physique

Depuis 2003, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme est compétent pour traiter des signalements et des dossiers qui concernent des critères protégés autres que ceux liés au racisme : handicap, état de santé, orientation sexuelle, âge, etc.

Il est donc tout à fait logique que le Centre s'associe à une campagne qui vise à sensibiliser à la stigmatisation et la discrimination dont les personnes en surpoids peuvent être victimes. En effet, le surpoids peut être rattaché à différents critères protégés par la loi du 10 mai 2007 : la caractéristique physique¹¹, l'état de santé, le handicap ou une caractéristique génétique.

La loi trouve à s'appliquer tant sur le plan de la discrimination pure (refus d'emploi, de bien ou de service en raison du surpoids) que sur un volet plus pénal : harcèlement voire même circonstance aggravante si certains crimes ou délits (ex : coups et blessures) devaient être motivés par le surpoids.

En 2009, un colloque auquel a participé le Centre était organisé à Lille sur le thème de 'l'apparence physique comme motif de discrimination'. Le rapport de ce colloque note entre autres que « *les difficultés rencontrées par les personnes obèses liées à leur apparence sont peu prises en compte car nombreux sont ceux qui s'imaginent qu'il est possible, avec de la volonté et une hygiène de vie correcte (...) de rentrer dans les normes de poids. De plus, les intéressés se plaignent rarement, persuadés d'être coupables de ne pas faire ce qu'il faut pour maigrir et de n'avoir que ce qu'ils méritent.* »

⁶ Idem note 1

⁷ Kelli E. Friedman, Jamile A. Ashmore and Katherine L. Applegate. Recent Experiences of Weight-based Stigmatization in a Weight Loss Surgery Population : Psychological and Behavioral Correlates. Obesity |volume 16 supplement 2 november 2008

⁸ David Johnston and Grace Jordan. Discrimination makes me Sick! Establishing a relationship between discrimination and health. School of Economics, University of Queensland, Australia <http://www.uq.edu.au/economics/abstract/421.pdf>

⁹ Reginald L. Washington, MD. Childhood Obesity : Issues of Weight Bias. Prev Chronic Dis 2011;8(5) :A94. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/sep/10_0281.htm

¹⁰ Idem note 8.

¹¹ Le Centre définit cette dernière en englobant les caractéristiques (innées ou apparues indépendamment de la volonté de la personne) stigmatisantes ou potentiellement stigmatisantes pour la personne dans un contexte social public (ne sont donc pas concernés les tatouages, piercings, etc.) La Belgique est à ce jour le seul pays européen à avoir repris ce critère en tant que tel dans son dispositif de lutte contre la discrimination.



Entre 2009 et 2012, le Centre a ouvert une trentaine de dossiers liés au poids. C'est peu en regard du nombre de dossiers qu'il traite par an (de 1200 à 1400) et sans doute aussi en regard de la réalité : cela veut dire que peu de personnes victimes de ce type de discrimination osent franchir le pas d'introduire un signalement. Les dossiers traités par le Centre concernent surtout des refus d'embauche, notamment pour des chauffeurs de bus et des vendeuses. Des personnes se voient 'officiellement' écartées d'un poste au motif que leur poids est inadéquat à la fonction et peut présenter un danger pour elles-mêmes et donc aussi pour les autres. Sans nier que le surpoids puisse parfois

être un facteur d'inaptitude pour remplir certaines fonctions, le Centre constate que la plupart du temps, cette exclusion d'office s'applique sans qu'aucun examen individuel de la santé de la personne concernée et du contexte de travail ne soit entrepris, ce qu'il dénonce. Il y a aussi quelques refus d'assurances pour couvrir des prêts hypothécaires. À noter également plusieurs plaintes à l'annonce du projet de la compagnie *lowcost* Ryanair d'introduire une *fat tax* pénalisant ses voyageurs en excès de poids.

Il faut aussi prendre en compte quelques dossiers qui relèvent du *harcèlement*. Attention, dans le domaine de la discrimination, toute différence de traitement n'est pas nécessairement une discrimination interdite. Il se peut que des différences puissent être justifiées, pour des raisons de santé, de sécurité... En résumé, la plupart des discriminations dont sont victimes les personnes en surpoids passent inaperçues, ne sont jamais dénoncées et pire, sont parfois jugées 'acceptables'. Si la question des discriminations liées à l'apparence physique recoupe largement la question des autres discriminations sociales (liées à la couleur de peau, à l'âge, au sexe...), elle reste donc à ce jour peu reconnue et peu prise en compte.

Le projet 'Voyons large'

'Voyons large' a pour objectif de mettre en évidence les divers aspects de la



thématique du surpoids de façon à éclairer le sujet dans sa globalité. En effet, la minceur est aujourd'hui socialement valorisée (preuve de réussite, de statut social, de volonté, etc.). Elle est présentée comme la norme esthétique à laquelle se conformer. C'est donc parce que cette norme de minceur existe et définit ce qui est normal ou au contraire hors norme qu'un regard stigmatisant et discriminant est porté sur les personnes jugées trop grosses qui ne correspondent pas à l'idéal. Accepter la norme de la minceur et tenter de s'y conformer contribuent au renforcement de ce modèle esthétique et à la standardisation des corps. Prendre conscience de cette norme et de ses effets pervers peut donc être un premier pas pour prendre du recul et peut-être s'en détacher.

Pour la première étape de ce projet, l'asbl Question Santé a choisi d'aborder le **thème du rejet et de la discrimination** vécus par de nombreuses personnes en surpoids et les conséquences néfastes que cela peut avoir tant au niveau social, que psychologique, économique ou sur le plan du bien-être et de la santé. Question Santé soutient l'idée qu'une perception globale des facteurs de son bien-être par chacun est susceptible de lui rendre une liberté précieuse, celle de pouvoir agir favorablement pour sa santé, en fonction de ses choix de vie. Question Santé plaide également pour

Comment contacter le Centre ?

Par téléphone, via la ligne gratuite **0800 12 800** ou via le numéro général 02 212 30 00, le lundi de 9 à 12 h, le mardi et mercredi de 9 à 12 h et de 13 à 17 h et le vendredi de 9 à 12 h.

Par le site web. Le site www.diversite.be contient un formulaire pour signaler un cas de discrimination ou pour poser une question.

Par écrit. Vous pouvez contacter le Centre par courriel (epost@cntr.be), par fax (02 212 30 30) ou par lettre adressée

au Centre pour l'égalité des chances, Service première ligne, rue Royale 138, 1000 Bruxelles.

Personnellement. Vous pouvez passer dans les bureaux du Centre, rue Royale 138 à 1000 Bruxelles, soit lors de la permanence le jeudi matin de 9 h 30 à 12 h, soit sur rendez-vous en ce compris en dehors des heures de bureau. (Gare : Bruxelles central – Métro : Parc – Tram : lignes 92 et 94).

une société qui soutient les citoyens dans le développement de leur bien-être (le maintien de leur santé), en créant les conditions favorables pour tous et en proposant les aides nécessaires aux personnes qui ont des besoins spécifiques.

Les outils de la campagne

Le **site internet www.voyonslarge.be**, ludique et pédagogique, interroge le regard que la société pose sur les rondeurs, fait état des diverses

conséquences que cela peut engendrer pour chacun d'entre nous, informe sur les moyens pratiques pour signaler une discrimination, propose une série de références pour approfondir la thématique et invite chacun à prendre position via un sondage en ligne.

Une **page Facebook** 'voyons large' permet aux internautes d'interagir, de donner leur avis, de partager des témoignages, etc.

Une **carte illustrée** reprend le visuel de

la campagne et illustre quatre scènes courantes de discrimination envers les 'gros'. Des **actions de sensibilisation** ont aussi eu lieu début juin dans les gares de Bruxelles (Quartier Léopold), Liège, Namur et Charleroi.

Contact : Sandrine Pequet, chargée de projets à Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél. : 02 511 41 74.

Courriel : info@questionsante.be.

Site : www.voyonslarge.be

Une (belle) histoire d'armoire

Muriel Durant, chargée de projets, pour l'équipe promotion de la santé de la Mutualité Socialiste-Solidaris

Ça y est, je m'installe dans mon nouvel appartement !

De l'espace, de l'espace... bien plus d'espace que dans le placard à balais qui me tenait lieu de logement jusque-là.

Pour commencer, je veux une GRANDE armoire pour ranger mes vêtements.

Avant, je devais tout entasser dans une minuscule commode, adaptée à la taille du susmentionné placard à balais.

Comme j'aime bricoler, eh bien j'ai décidé de la construire moi-même, cette armoire. Je commence par m'acheter le manuel 'Je construis mon armoire', avec tous les trucs et astuces : choix du bois, quels clous utiliser, les meilleurs gonds, comment raboter une planche, etc. Et puis, je me suis offert une magnifique et très (très) chère boîte à outils. L'investissement indispensable !

Je fais toutes les acquisitions nécessaires, et me voilà à pied d'œuvre, au milieu de cette montagne de matériel. Je m'empare d'une scie pour couper la planche, et...

Mon projet, ici, est de construire une armoire. Et si je construis cette armoire, c'est avec pour objectifs finaux d'embellir mon lieu de vie et de ranger mes effets. Je vais passer par différentes étapes pour

réaliser ce projet, et je vais utiliser des outils (scie, marteau, etc.). Mon projet n'est donc pas d'utiliser un marteau (par exemple) : c'est de construire l'armoire.

Avec les outils pédagogiques en promotion de la santé (vous savez, ceux qui sont répertoriés sur www.pipsa.be), c'est exactement la même chose ! Ces outils pédagogiques sont là pour soutenir la

réalisation des projets en promotion de la santé, mais ne sont pas le projet en lui-même.

Mes amis Paulin et Paulette Tartempion déménagent à leur tour. Eux aussi quittent un placard à balais pour un grand appartement. Chouette, je vais leur construire une armoire, que je leur offrirai pour leur pendaison de crémaillère ! Maintenant que je sais en fabriquer !

Des outils pas comme les autres

« La spécificité de l'outil de promotion de la santé, par rapport à un autre outil, est sa capacité à stimuler l'une des 5 stratégies recommandées par la Charte d'Ottawa. Il envisage ensuite une variété de facteurs de risque et de déterminants de santé, préférant l'approche globale de la santé à l'approche thématique. De plus, les aptitudes individuelles qui y sont travaillées permettent la mise en place d'actions qui dépassent l'individu et initient une action sur l'environnement naturel ou humain. »¹

Une armoire faite main, un cadeau précieux, original, qui demande du temps et de la patience : ils ne peuvent qu'adorer. Je prends subrepticement les mesures de leur appartement. J'apprends (par le neveu du beau-frère du nouveau copain de la cousine de la mère de Paulin, via un réseau social) qu'ils aiment le bois foncé. Je me mets au travail et le matin de leur crémaillère – tadaaaaam : je viens leur livrer une armoire faite sur mesure de mes blanches mains. Elle sera en place d'honneur dans leur salon. Paulette me remercie, peut-être pas aussi chaleureusement que je l'attendais. Sans doute est-elle fatiguée par le déménagement (oui, c'est fatigant, un déménagement).

¹ Spièce Catherine, « Quels outils en promotion de la santé ? », in : *Éducation Santé*, n°210, mars 2006, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=731>

Le soir, à la fête, point d'armoire dans leur appartement. Paulin me glisse avec un grand sourire que l'armoire est parfaite pour la cave : il y a rangé toutes les affaires de camping. Dans le salon, je vois une armoire OKkaa, le modèle « Øpodøkö »... Un truc en bois clair, pas du tout personnalisé, qui serait parfait pour le matériel de camping dans la cave.

Grumuul!!!

Ginette me raconte que Paulette, pour la date de la crémaillère, s'était donné comme défi de monter sa première armoire OKkaa et qu'elle est super fière d'y être arrivée seule... « C'est vrai qu'elle n'est pas douée pour le bricolage, la pauvre. » Elle s'est achetée le « kit du débutant » chez OKkaa, une mini-boîte à outil, ainsi que le manuel. J'apprends à monter des meubles OKkaa. Ginette me précise que j'ai bien de la chance : « Moi, j'ai construit une table basse à mes voisins l'hiver passé. Ils l'ont brûlée illico presto. L'hiver était froid, et le gaz de chauffage cher, disaient-ils. Ma belle table basse, ils ne savent pas ce qui est bon pour eux ! »

Je ne vous l'ai pas dit, mais figurez-vous que je travaille dans le secteur de la santé. Oui, dans la promotion de la santé même. Et j'utilise des outils pédagogiques, assez souvent ! Toute cette histoire, ça m'a interpellée.

Quoi, avec mes beaux outils, j'ai construit une belle armoire pour les Tartempion.

Et ils n'en font pas la pièce maîtresse de l'ameublement de leur salon ! Mon beau projet pour eux tombe à l'eau.

En fait, Paulette ne voulait pas une belle armoire dans son salon. Elle voulait une armoire qu'elle avait construite elle-même, même si (à mon avis), elle est moins belle.

Ceci dit, après, Paulette a repeint l'armoire avec une patine superbe, et elle l'a ornée avec des poèmes qu'elle a écrits, moi qui n'ai aucun sens littéraire, ça m'a épatée, j'aurais été incapable d'écrire d'aussi beaux textes.

Et si c'était comme ça, avec nos outils et nos projets en promotion de la santé ? Admettons que Paulette ne sache pas bricoler en raison d'une inégalité sociale : dans sa famille, il est impensable qu'une

femme touche un marteau et bricole, car c'est un rôle d'homme.

Ou encore : elle a toujours voulu, mais dans son entourage, personne ne sait et comme sa famille était isolée, elle n'a pas eu de personnes ressources auprès desquelles apprendre.

Ou encore : en raison de problèmes financiers, elle n'a jamais pu s'acheter le matériel nécessaire pour bricoler (et depuis tout ce temps, elle rangeait ses affaires dans des boîtes en carton).

Dans ce cas, ma manière de procéder était-elle adaptée ? Si j'avais décidé de construire l'armoire avec elle, est-ce que ça allait permettre de lutter contre les raisons qui l'on empêchée jusqu'ici de construire une armoire ? Est-ce que ma boîte à outils (de compétition) allait convenir ?

Des questionnements

Toutes ces réflexions m'ont amenée aux questionnements suivants.

Avant d'utiliser l'outil : quel est mon projet ?

Quels sont mes objectifs ?

En ce moment, en équipe on réfléchit beaucoup aux ISS (« Inégalités sociales de santé »). Alors du coup, je me demande aussi : en quoi mon projet permet-il de lutter contre les ISS ? (pour réfléchir à ça, avec l'équipe, on a trouvé un outil indispensable : la Lentille ISS²). Au fond, c'est quoi les inégalités sociales de santé ?

Et maintenant ?

Je repars avec beaucoup de questions.

Et surtout la conviction que la réflexion, c'est important ! Qu'avant de foncer, tête baissée, mue par les meilleures intentions du monde, un temps de questionnement est nécessaire. Prendre en compte mon public, ses besoins, ses demandes... et pas ce que j'imagine être bien pour eux, en regard de mes représentations personnelles.

En route !

Les inégalités sociales de santé (ISS) et un nouvel outil pour les aborder

Il n'existe pas d'unanimité quant à la définition des inégalités sociales de santé. On s'entend, toutefois, pour dire qu'elles renvoient à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Les études sont concluantes : qu'il s'agisse de morbidité, d'espérance de vie ou de qualité de vie, il existe une corrélation entre l'état de santé d'un individu et divers indicateurs de position sociale : revenu, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence.³

La scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer ?

Les fiches *Inégalités sociales de santé* sont le fruit de nos réflexions, ainsi que des ateliers menés lors de la journée des 10 ans de PIPsa. À destination des personnes amenées à effectuer des animations sur des thèmes « santé », elles proposent des axes de réflexion et des pistes pour travailler en promotion de la

santé en tenant compte des ISS.

La première précise le cadre de travail, les notions-clés, les questions que le professionnel a avantage à se poser, et s'intéresse également aux représentations de santé, à la 'littéracie', à l'empowerment' et aux compétences psychosociales qui nous protègent des échecs et de l'adversité' (auteure de la fiche : **Muriel Durant**, avec l'aide de l'asbl Cultures & Santé).

La seconde aborde la thématique ultra-prioritaire de l'alimentation, déterminant majeur de la mauvaise santé des populations défavorisées (auteure de la fiche : **Catherine Spièce**, avec l'aide de l'asbl Cultures & Santé).

Ces fiches sont disponibles sur www.pipsa.be, avec l'ensemble des actes de la journée des 10 ans de PIPsa sous l'adresse : <http://www.pipsa.be/page/les-publications-de-pipsa.html>

² www.inegalitesdesante.be. Voir aussi Bantuelle Martine et Lisoir Hervé, « Un nouvel outil pour ne plus passer à côté des inégalités sociales de santé », in : *Éducation Santé*, n° 275, février 2012. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1448>

³ Réseau de recherche en santé des populations du Québec (www.santepop.qc.ca)

Locale Assu-Études

Une enquête menée auprès des acteurs de l'enseignement secondaire de la Région de Bruxelles-Capitale

Colette Barbier

L'enquête « Assu-Études » menée par le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles (CLPS) auprès des acteurs de l'enseignement secondaire de la région de Bruxelles-Capitale en 2009 et 2010 permet d'identifier les attentes et les besoins des acteurs scolaires concernant la prévention des conduites à risque et les assuétudes des élèves. Elle révèle aussi la nécessité de clarifier l'offre parmi la multitude de services proposés aux écoles, ce qui passe par une meilleure connaissance mutuelle de tous les acteurs du monde scolaire et par une amélioration de l'articulation entre eux.

En 2007, chaque CLPS de la Fédération Wallonie-Bruxelles s'est vu confier une mission de Point d'appui assuétudes (PAA) auprès des écoles de l'enseignement secondaire.

« À la base, la mission de Point d'appui en matière de prévention des assuétudes est née d'une initiative conjointe des Cabinets de l'Enseignement et de la Santé », précise **Melissa Chebieb**, chargée de projet au CLPS de Bruxelles. « Cette mission a été créée dans le cadre d'un projet pilote – d'une durée de trois ans au départ, renouvelée ensuite jusqu'en août 2013 – visant à développer les collaborations entre les acteurs du monde scolaire et ceux du secteur de la prévention des assuétudes. »

Les PAA ont pour mission de :

- réaliser un inventaire des ressources et des besoins en la matière ;
- diffuser l'information sur les ressources, les services et les moyens disponibles ;
- favoriser la création ou le renforcement de réseaux et de partenariats.

L'intérêt principal des PAA se situe dans la création et le renforcement de réseaux rassemblant différents acteurs afin de :

- mener une concertation et une réflexion commune pour arriver à un discours cohérent sur les interventions, leur philosophie et leur éthique de travail, tout en respectant les spécificités des interventions de chacun ;
- trouver des solutions en commun pour améliorer les conditions d'intervention en milieu scolaire ;

- échanger les bonnes pratiques entre acteurs scolaires, d'une part, et entre acteurs scolaires et acteurs spécialisés, d'autre part.

L'enquête révèle que les directeurs sont davantage interpellés par le décrochage scolaire, cause ou conséquence à plus long terme de conduites et comportements à risque.

Le projet PAA bruxellois et son Comité de concertation intersectoriel

Le PAA bruxellois relève d'un accord entre la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et la Commission Communautaire française (COCOF).

À Bruxelles, le projet PAA se veut avant tout une concertation intersectorielle impliquant les acteurs concernés dès le début du projet. C'est ainsi qu'en janvier 2009, le CLPS de Bruxelles mettait en place un Comité de concertation intersectoriel PAA bruxellois¹. Les secteurs et associations ayant participé aux réunions du Comité sont, d'une part, des représentants de la communauté scolaire de l'enseignement

secondaire bruxellois et, d'autre part, des structures spécialisées comme les centres de planning familial, les structures d'aide en milieu ouvert (AMO), les services actifs en toxicomanie, les structures dépendant des pouvoirs communaux et régionaux. Vu son attachement à la démarche globale de promotion de la santé, le CLPS de Bruxelles a opté pour un travail sur le long terme.

Dans sa première phase, le projet PAA bruxellois souhaitait établir un diagnostic, jusque-là inexistant, portant sur les besoins et les demandes de la communauté scolaire secondaire bruxelloise, sur sa réalité de terrain face aux conduites et comportements à risque des jeunes.

Après un travail d'échanges et de réflexion, les membres du Comité de concertation ont participé à l'élaboration d'un questionnaire d'enquête. Par souci d'objectivité, la récolte d'informations auprès des écoles secondaires ne fut pas réalisée par les membres du Comité de concertation, mais par un sous-groupe de travail constitué à cet effet.

À partir de mai 2010, le CLPS de Bruxelles transmettait les résultats bruts de l'enquête menée au sein des établissements scolaires secondaires aux membres du Comité de concertation intersectoriel PAA. Au fil des réunions, les membres du comité ont pu valider ou non les constats en fonction de

¹ Le Comité de concertation intersectoriel PAA bruxellois était composé des membres suivants : le Centre PMS de Woluwé-Saint-Lambert, l'asbl Prospective Jeunesse, l'École de santé publique ULB-SIPES, le Centre PSE de Bruxelles-Ville, le FARES, le CEFA de Saint-Gilles, l'asbl Le Pélican, l'asbl Infor-Drogues, l'asbl Modus Vivendi, la Plate-forme prévention sida, le CLPS de Bruxelles, le Centre de prévention du suicide, l'asbl Infor-Jeunes Laeken, Promo-jeunes asbl, le CEFA Saint-Gilles, la FAPEO (Fédération des associations de parents de l'enseignement officiel), la Ligue bruxelloise francophone de santé mentale, la coordination des médiateurs de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

leurs expériences de terrain et cibler les questions qu'ils souhaitent approfondir dans le futur.

La méthodologie

Pour mener à bien sa mission, le CLPS de Bruxelles, en collaboration avec le SIPES ULB, a élaboré une méthodologie respectueuse des valeurs de promotion de la santé, mais aussi rigoureuse en termes de représentativité des écoles (diversité des réseaux, écoles favorisées ou non), des acteurs impliqués dans la vie scolaire et de la réalité bruxelloise. Le recueil des données a eu lieu au moyen d'entretiens semi-directifs individuels et

collectifs. Cette technique d'enquête a, entre autres, pour objectif d'explorer les pratiques et les représentations sociales.

L'échantillon observé

Le choix de l'échantillon et le recrutement des participants s'est fait au sein des écoles bruxelloises d'enseignement secondaire (directeurs, enseignants, éducateurs), des services de promotion de la santé à l'école (SPSE), des centres psycho-médico-sociaux (CPMS) et de la médiation scolaire. Le questionnaire d'enquête, comportant six questions, a été soumis à 52 acteurs scolaires, répartis comme suit :

7 professeurs, 9 directeurs, 7 éducateurs, 9 personnes de 6 centres PMS, 8 médiateurs travaillant dans 6 écoles secondaires bruxelloises, 12 personnes de 8 centres PSE.

Les résultats de l'enquête

L'enquête menée par le CLPS de Bruxelles permet de réaliser un relevé des attentes et des besoins de la communauté scolaire de l'enseignement bruxellois en matière de prévention des conduites et des consommations à risque chez les jeunes de l'enseignement secondaire bruxellois. « Dans un premier temps, le CLPS s'est assigné comme mission de recueillir les représentations

Et si nous prenions le risque d'être sur le fil ?

Adolescence, école et prévention, une performance d'équilibriste

Le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles vous invite à une journée de réflexion organisée dans le cadre du projet Point d'Appui aux écoles secondaires en matière de prévention des assuétudes suite à l'enquête « Assu-Études ». Ce moment de rencontre permettra de partager certaines questions et de construire des prolongements. Comment être à l'écoute des paradoxes des adolescents, des adultes, de l'école, de la prévention... ? Qu'est-ce qui anime les adolescents ? Qu'est-ce qui nous anime dans notre travail avec eux ? Comment créer des espaces où peuvent s'inscrire la rencontre et la relation entre les adolescents et les adultes, entre l'école et la prévention ?

Programme de la journée

8 h 30 - Accueil

9 h - Plénière

- Prévention des assuétudes et promotion de la santé, la concertation à l'épreuve du réel, **Centre local de promotion de la santé de Bruxelles** et **Prospective Jeunesse**
- Interventions de **Fadila Laanan**, en sa qualité de Ministre de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de **Marie-Dominique Simonet**, en sa qualité de Ministre de l'Enseignement

obligatoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de **Benoît Cerexhe**, en sa qualité de Ministre de la Santé de la région de Bruxelles-Capitale

- L'étude des conduites à risque. Une manière d'interroger nos présupposés, nos pratiques, **Damien Favresse**, sociologue, chercheur au Service d'information promotion éducation santé (SIPES-ULB) de l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles
- Intervention du **D' Ann d'Alcantara**, psychiatre au CTHA (Centre thérapeutique pour adolescents)
- Débat animé par **Pascale Anceaux** (Infor Drogues) et **Catherine Végaïrginsky** (CLPS de Bruxelles)

13 h - Lunch

L'après-midi sera consacrée aux échanges sur les pratiques de terrain et à la construction de pistes d'action futures.

Atelier n° 1 - La prévention, c'est au programme ?

Pour les adultes ou pour les jeunes ? Est-ce à l'école de prendre en charge ce travail ? Pourquoi ? Comment ?

Atelier n° 2 - Les parents, si proches et si lointains

Les parents, « démissionnaires » ou « surinvestis » ? Quels liens tisser entre les parents et l'école ?

Atelier n° 3 - L'école, bonne à tout faire ! Comment faire avec les demandes des

jeunes qui bousculent les identités professionnelles ?

Atelier n° 4 - Quand la crise vient interpellier le rôle de chacun

Quelle articulation entre l'urgence et un travail à long terme soutenu par la promotion de la santé ?

Atelier n° 5 - Et les jeunes dans tout ça ? Entre la norme et le risque, le plaisir et la dépendance, où nous situons-nous dans notre dialogue avec les jeunes ?

Tout au long de la journée :

'Sur le fil', installation participative

par Valérie Vanhoutvinck

et la Compagnie Les Rougisseries

(<http://lesrougisseries.canalblog.com>)

Détails pratiques

Cette journée de réflexion aura lieu le 8 novembre 2012 de 8 h 30 à 16 h 30 à la Maison des Associations Internationales, rue Washington 40, 1050 Ixelles.

La participation aux frais est de 35 euros lunch compris à verser au compte 068-2289644-83, avec la mention « Sur le fil ». L'inscription est *obligatoire* et se fait par courriel, téléphone ou fax avant le 22 octobre 2012.

Courriel : info@clps-bxl.org.

Tél. : 02 639 66 88. Fax : 02 639 66 86.

L'inscription sera validée après réception du paiement.

qui existent autour de la notion de 'comportements à risque' des ados », explique Melissa Chebieb. « On constate que la signification des comportements à risque varie en fonction de la place de l'intervenant dans le milieu scolaire. Un directeur n'a, par exemple, pas le même regard qu'un éducateur. »

Ainsi, l'enquête révèle que les directeurs sont davantage interpellés par le décrochage scolaire, cause ou conséquence à plus long terme de conduites et comportements à risque. Ils se sentent responsables moralement et juridiquement. De leur côté, les éducateurs, les agents PMS, les acteurs PSE et les médiateurs sont préoccupés par les aspects psycho-médico-sociaux et certains considèrent les conduites à risque comme des comportements liés à la période de l'adolescence. Ils dénoncent la gestion au coup par coup et tentent de prendre distance avec les demandes exprimées dans l'urgence. Les enseignants, quant à eux, parlent de consommation de produits, et en premier lieu, de l'alcool (surtout lors des voyages scolaires), ensuite de la consommation de cannabis et de ses effets secondaires directement perçus en classe (agressivité, fatigue, absence, incapacité de suivre les cours), enfin du manque de sommeil et du repli sur soi liés à l'usage d'Internet.

Inégalités

D'une part, l'enquête permet de dégager des inégalités entre les écoles. D'autre part, elle met en lumière deux types de regard quant à la fonction principale de l'école en termes de prévention.

Dans les écoles accueillant un public favorisé, l'objectif premier est d'enseigner et si des questions de prévention se posent, le pouvoir organisateur et l'association des parents sont des ressources disponibles pour intervenir ou soutenir des démarches de prévention au sein de l'école. « Dans les écoles plus favorisées, on se focalise sur le fait qu'il n'y ait pas de décrochage de l'ado », observe Patricia Thiébaud, responsable de projets au CLPS. « En cas de problème, la réaction est donc très rapide, les ados sont très vite pris en charge. La prévention joue davantage sur la préparation de l'avenir en prévision duquel un gros bagage scolaire

est nécessaire. Tout est mis en place pour atteindre cet objectif. »

Les écoles plus favorisées bénéficient aussi d'un réseau qui est très présent à l'extérieur de l'école. « Ce n'est pas qu'il y ait plus ou moins de prévention au sein de ces écoles, mais grâce à l'existence d'un réseau extérieur, notamment les associations de parents, les parents sont très vite convoqués, ils ont eux-mêmes plus de relais et de contacts », explique Melissa Chebieb. « Les élèves savent aussi qu'ils peuvent interpeller un oncle, une tante en cas de difficulté. La famille est intégrée au sein des écoles. »

Par contre, les écoles qui accueillent un public défavorisé ne se considèrent pas seulement comme des lieux de transmission de savoirs, elles sont aussi des espaces où les difficultés des jeunes s'expriment plus fréquemment, ce qui en fait des endroits propices à des démarches de prévention. Ces écoles sont plus en demande de soutien car il y a moins d'appui et de ressources internes à l'école. « La multiplicité des problématiques sociales est telle que ces écoles ne savent pas par quel bout prendre la prévention », note Patricia Thiébaud. « Les élèves sont pris en charge d'une manière beaucoup plus hachée par les centres PMS, par les services de santé mentale. La prise en charge est un peu chaotique. On est donc face à de vraies inégalités en ce qui concerne la gestion des ados dans les écoles de l'enseignement secondaire. »

Impuissance et désarroi

L'enquête met à jour un profond sentiment d'impuissance. « Qu'il s'agisse des directeurs, des enseignants, des éducateurs, des Centres PMS, PSE, des médiateurs... la question qui revient de manière récurrente, c'est 'Comment gérer ?' », relève encore Patricia Thiébaud. « Les acteurs travaillent beaucoup au cas par cas, sans culture commune. Il n'existe pas d'espace où se retrouver pour partager ses pratiques et son vécu. Tout est donc très disparate. Cette disparité au sein des écoles, on la retrouve en fait aussi au niveau de l'offre des services. Certains enseignants se disent dépassés de devoir être à la fois pédagogues, assistants sociaux, psy... Et de leur côté, les centres PMS sont irrités car ils sont, disent-ils, toujours saisis

par les écoles dans l'urgence alors que celles-ci mettent peu de choses en place en matière de prévention. Mais les écoles disent qu'elles n'ont pas le temps... Cela montre à quel point le sentiment d'impuissance des acteurs est grand. »

Des réalités différentes

On le voit, l'intérêt de l'enquête réside aussi dans le fait qu'elle confronte les professions, les pratiques, les places et les rôles des intervenants scolaires. Comme les secteurs du social, de la santé mentale, des soins, de la culture, etc., le secteur de l'enseignement n'échappe pas au jugement critique des uns sur le travail des autres, au sein même de la profession. Ces jugements sont souvent liés à une méconnaissance du travail de l'autre et impliquent pour les acteurs scolaires, en fonction de la place qu'ils occupent dans l'institution, des perceptions différentes des comportements à risque. À cet égard, Melissa Chebieb pointe en toute logique des incompréhensions dues au fait que chaque acteur est face à des réalités différentes. « Une des demandes formulées, c'est que les secteurs de la prévention puissent s'adapter à la réalité scolaire où on agit beaucoup dans l'urgence, où on gère comme on peut, où on met des petits pansements là où on peut... Autant de manières d'agir qui ne correspondent pas aux logiques des institutions de prévention, lesquelles évoluent dans un temps beaucoup plus lent, prennent le temps de la réflexion, agissent sur le long terme. Il est donc aussi important d'essayer de faire comprendre les réalités des uns par rapport à celles des autres. »

Selon Patricia Thiébaud, l'enquête a vraiment permis aux acteurs, aux professionnels de se re-questionner par rapport à leur pratique. « Que faisons-nous de ce qui a été dit ? Décidons-nous de rester dans nos logiques de travail, certes bien intéressantes, mais peu adaptées aux demandes et au terrain ? Ou essayons-nous de revoir nos pratiques en fonction des besoins et en sachant qu'il y a de gros manques dans les écoles ? »

Et les représentations ?

Alors, qu'en est-il des représentations autour de la notion de « comportements à

risque » des ados ? « *Je pense que la lecture des conduites à risque varie en fonction de la société et de l'histoire dans laquelle on est* », analyse Melissa Chebieb. « *Il y a 20-30 ans, on ne parlait pas de conduites à risque. Actuellement, nous vivons dans une société du risque, et celui-ci doit être géré, prévu, contrôlé. Notre optique est, entre autres, de dire que le risque et la conduite à risque sont également quelque chose de constitutif propre à l'adolescence, qu'il n'y a pas de dramatisation à faire par rapport à ça. Il s'agit peut-être avant tout de comprendre cette réalité, de l'accepter et de l'intégrer dans une réflexion beaucoup plus globale. Et ensuite, activer les relais quand cela s'avère nécessaire.* »

Clarifier les offres de services

Un autre constat qui ressort de l'enquête est l'amoncellement d'offres de services en tous genres, de demandes en provenance d'organismes extérieurs, tant des secteurs associatifs que du privé ou des politiques, vers les écoles, avec comme résultat paradoxal – et néanmoins compréhensible – pour celles-ci de ne pas savoir vers qui se tourner en cas de problème.

Selon les acteurs scolaires, l'école est bel et bien un lieu de prévention. Reste la difficulté de faire la part des choses. Ils répètent qu'ils agissent au cas par cas, dans l'urgence et donc en individuel. Prêts à soutenir certaines démarches dans le cadre de leur cours et en collectif, soucieux de recevoir de l'information et d'être entendus dans leurs demandes, y compris dans leurs 'non-demandes', ils souhaitent que l'offre adressée soit adaptée à leur terrain d'activité, leur temporalité, leur rythme de travail... ceux de la réalité scolaire.

« *Un des objectifs de cette mission Point d'appui assuétudes est donc clairement de clarifier l'offre des services proposés aux écoles* », précise Patricia Thiébaud.

Propositions

Suite aux résultats de l'enquête, des pistes de travail et des propositions ont été émises par secteur d'activité.

Au niveau politique :

- formaliser des accords de coopération avec les secteurs concernés par l'enseignement;

- être dans la concertation avec les autres niveaux de pouvoir et avec les autres secteurs concernés;
- renforcer les équipes d'éducateurs en augmentant leur nombre dans les écoles;
- dégager du temps de travail et des moyens pour créer des moments de rencontres entre enseignants, des espaces de parole, des lieux où déposer des questions, afin d'échanger et de partager les réalités de travail;
- augmenter et officialiser les moments de concertation entre intervenants scolaires sur le temps de travail.

« Une des demandes formulées, c'est que les secteurs de la prévention puissent s'adapter à la réalité scolaire où on agit beaucoup dans l'urgence, où on gère comme on peut, où on met des petits pansements là où on peut... »

Pour le secteur de la promotion de la santé et des assuétudes :

- formaliser avec le directeur tout projet ou toute action entreprise dans l'école;
- réaliser un inventaire des ressources disponibles à l'attention des écoles;
- proposer des formations et/ou des accompagnements sur le sujet des comportements à risque (assuétudes, relations sexuelles et affectives, tentatives de suicide...) aux acteurs PSE, PMS, médiateurs et éducateurs;
- proposer des formations, de type sensibilisation, sur les différents produits et leurs effets aux enseignants;
- proposer un soutien et/ou un accompagnement dans la mise en place de journées pédagogiques autour du thème de la prise de risque chez les jeunes;
- réfléchir à la création et la mise en place d'équipes mobiles multidisciplinaires afin d'intervenir dans les écoles en cas d'urgence;
- proposer un travail d'accompagnement des directeurs afin de développer

- un cadre de travail global autour des questions de prévention à l'école;
- adapter les modes d'intervention dans l'établissement scolaire aux demandes des écoles et aux situations d'urgence et de crise;
- se concerter davantage avec les autres secteurs.

Pour le secteur de l'enseignement :

- créer des espaces de rencontres et de parole entre enseignants au sujet de leurs pratiques et de leurs vécus (intervision, supervision...);
- renforcer ou mettre en place des lieux de concertation entre les différents acteurs scolaires afin de travailler les représentations des uns vis-à-vis des autres, le secret professionnel, la gestion d'une situation de crise...;
- installer des lieux pluridisciplinaires pour réfléchir et travailler la question de *l'école en santé*. En quoi l'école, en tant qu'institution peut-elle améliorer la qualité de la vie ?
- investiguer vers d'autres secteurs (promotion de la santé, aide à la jeunesse, éducation permanente, santé mentale...) pour la mise en place d'un groupe de personnes ressources (prévention, sensibilisation, prise en charge...);
- organiser des moments de rencontres avec les parents sur les questions de prévention.

Pour les autres secteurs (aide à la jeunesse, santé mentale, centres de planning familial) :

- réfléchir à la création et à la mise en place d'une équipe mobile multidisciplinaire afin d'intervenir dans les écoles en cas d'urgence;
- se concerter davantage avec le secteur de la promotion de la santé.

Et de manière transversale :

- privilégier les propositions et offres de services aux écoles défavorisées;
- susciter la participation de tous les acteurs concernés (élèves, parents, intervenants scolaires...);
- travailler la question des assuétudes dans une démarche de promotion de la santé en ne perdant pas de vue que le public final visé sont les jeunes et qu'il s'agit de leur « parler vrai »!

Les perspectives

Vers une offre concertée de services

Une proposition a été faite au Comité de concertation intersectoriel, fortement représenté par le secteur de prévention des assuétudes, de travailler à la clarification des offres de services envers les écoles. « *Un processus de concertation, mené par un groupe de travail intersectoriel, a été créé dans le but d'apprendre à se connaître les uns par rapport aux autres, d'identifier les spécificités de chaque association et de voir comment travailler ensemble* », explique Melissa Chebieb. À cette fin, le groupe de travail intersectoriel a décidé de partir d'exemples de demandes d'interventions que leur adressent les écoles. L'idée est de réaliser une production commune via un support Internet où différentes situations problématiques vécues par les écoles seront décrites ainsi que les modes d'interventions des associations. « *On aura ainsi une offre de services adaptée en fonction des situations problématiques pour la sphère scolaire* », conclut Melissa Chebieb. « *Nous espérons mettre cette offre en ligne sur*

le web à la rentrée scolaire 2012-2013. » Par ailleurs, une journée d'étude qui aura lieu le 8/11/2012 (voir page 9 pour le programme complet) convie toute une série d'intervenants concernés par la question, dont les Cabinets de l'Enseignement et de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles et le Cabinet de la Santé de la Région bruxelloise. « *En 2007, la demande de travailler sur la mission Point d'appui assuétudes est venue des Cabinets de l'Enseignement et de la Santé* », rappelle Patricia Thiébaud. « *Maintenant, nous leur demandons d'être présents lors de la journée d'étude et de s'exprimer face aux constats réalisés dans les écoles. L'idéal serait qu'ils poursuivent la concertation entre eux.* »

Vers une enquête auprès des jeunes

La deuxième phase du projet prévoit de réaliser une enquête auprès des jeunes. En voici les objectifs :

- recueillir les représentations des jeunes au sujet des comportements à risque ;
- recueillir leurs pratiques face aux conduites à risque (quels relais activent-ils ? Quelles compétences utilisent-ils ?) ;

- recueillir leurs attentes en matière de prévention (en ont-ils ?) ;
- vérifier l'adéquation des offres de services existantes avec leurs attentes ;
- mettre en perspective les attentes des adultes et celles des jeunes en matière de prévention ;
- évaluer les attentes, les besoins et demandes des jeunes face aux initiatives de prévention au sein de l'école ;
- identifier, avec les jeunes, les relais et structures qu'ils connaissent et qui leur paraissent adéquats en matière de prévention.

Concrètement, la méthodologie de recueil de données choisie comprend des entretiens individuels et des entretiens de groupes. Quatre focus sont réalisés, à titre exploratoire, dans des milieux socio-économiques différents, au sein et hors de la sphère scolaire, le but étant de recueillir la parole des jeunes libérée des freins éventuels liés au cadre scolaire. La méthodologie est construite grâce au soutien de l'École de santé publique de l'ULB (SIPES). Le début de la récolte d'informations est prévue pour novembre 2012.

Lu pour vous

Nous ne sommes pas coupables d'être malades !

Myriam Dieleman, Observatoire du sida et des sexualités

Tel est le titre d'un ouvrage récemment paru, qui dénonce la dégradation de l'État social en France et pourrait d'ailleurs s'appliquer dans une certaine mesure à notre pays. Cet essai journalistique se lit comme une contre-attaque aux réformes libérales du système de santé adoptées en France ces dix dernières années. Co-écrit par deux (anciens) travailleurs de *Sidaction*, **Alix Béranger** qui en a été la directrice des programmes associatifs jusqu'en 2008 (elle est depuis 2010 secrétaire générale d'Europe Écologie) et **David Belliard**, qui en est l'actuel directeur général adjoint (également journaliste à *Alternatives Économiques*), l'ouvrage

constitue un long plaidoyer en faveur de l'État social et d'une approche globale de la santé. Plusieurs exemples tirés de l'actualité sanitaire (entre autres sida, réduction des risques, obésité) illustrent la transformation de la santé en marché, des prestataires de soins en vendeurs d'actes tarifés et de molécules brevetées et, finalement, des patients en consommateurs (ou l'inverse). Les auteurs dénoncent le discours des pouvoirs publics sur la culpabilité des malades eu égard au « *trou de la sécu* », ainsi que ce qui apparaît comme des sanctions pour leur irresponsabilité, irresponsabilité bien paradoxale vu les profits faramineux

– en partie financés par l'État – que génère l'industrie médicale. La marchandisation de la santé et les politiques gestionnaires sont ici en question.

Les réformes de santé, la fin de l'État social

En France, quatre réformes ont vu le jour ces dernières années afin de 'moderniser' le dispositif de santé publique. Réformes qui, pour les auteurs, sont au cœur d'un processus de démantèlement du système de santé et, plus largement, d'un régime de sécurité sociale égalitaire et solidaire. Ils cadrent ces évolutions dans

le passage plus général d'un État social protecteur à un État libéral répressif véhiculant une morale de la responsabilité individuelle. Dans le champ de la santé, ce changement se marque concrètement par l'alourdissement de la charge financière pour les usagers, en diminuant le coût des remboursements des soins de santé par l'assurance-maladie tout en augmentant la contribution personnelle des patients. L'introduction de la notion de rentabilité dans le champ de la santé induit un risque majeur, celui d'une médecine à deux vitesses, fracturée entre l'hôpital public (centré sur les pathologies lourdes et les populations non solvables) et les cliniques privées. Et les auteurs d'en appeler à 'l'illusion américaine' pour signifier que les réformes françaises sont dominées par un paradigme ultralibéral qui considère la santé comme un marché à 'réguler' par le Marché, assurances santé privées y compris.

Malades à surveiller, malades à punir

Les auteurs placent « l'idéologie de la culpabilité » et le culte de la responsabilité individuelle au centre de la destruction programmée de la solidarité nationale en vue de la privatisation du système de santé. Selon eux, les décideurs politiques, les agences publiques de santé et les industries entretiennent l'idée que nous pouvons modeler notre corps à notre guise et, bien entendu, en accord avec les modèles valorisés du 'bonheur' (corps fins et musclés, jeunes et sains). Sur cette base, on peut distinguer entre 'bons malades' (ceux dont la maladie n'est pas supposément liée à un comportement, comme la sclérose en plaque, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la leucémie) et 'mauvais malades', responsables de leurs prises de risques (par exemple, les fumeurs, les séropositifs, les obèses). Les premiers sont des 'victimes du sort' que la sécurité sociale peut légitimement prendre en charge, les seconds doivent être encadrés et réprimés afin de réserver aux premiers les dépenses de l'assurance-maladie. Le bât blesse pour les auteurs dès lors

que les pratiques des acteurs de santé, autres que les patients, ne sont jamais questionnées. Et de 'balancer' : industries médicales, médecins, pharmaciens et pouvoirs publics sont devenus des vendeurs et intermédiaires sur un marché à haut rendement et en pleine expansion. Ils décrivent des laboratoires tout-puissants aux marges bénéficiaires gigantesques et aux politiques commerciales agressives ; des médecins, anciennement indépendants libéraux et « bienfaiteurs dévoués », aujourd'hui « businessmen de la santé », prescripteurs et cibles privilégiées (ou alliés objectifs) des industries ; enfin, des pharmaciens devenus de vulgaires tenanciers de points de vente en libre-service où abondent produits cosmétiques et gadgets de bien-être. Côté patient-consommateur, le régime de la performance, de la jeunesse, de la bonne santé et de l'excellence alimente une « médicalisation de notre vie ».

Les auteurs situent ce discours dans « la profonde mutation des représentations de la pauvreté et de l'exclusion qui s'est diffusée aux États-Unis à partir des années 1970 et en Europe dans les années 1990-2000 » et dans un contexte de précarisation de la population (montée du chômage, accroissement des CDD et de l'intérim, baisse du pouvoir d'achat, etc.). Si « les riches deviennent toujours plus riches, le capital appelant toujours plus de capital », la montée de l'insécurité sociale (référence à **Robert Castel**) et la dislocation des liens de solidarité institutionnalisés par l'État providence (référence à **Pierre Bourdieu**) sont les témoins de l'avènement d'un état libéral qui ne protège plus ses sujets des effets néfastes de l'économie sur la société mais qui juggle les désordres et les dangereux. Dans les années 1970, la notion de risque exprimait l'inflation des risques dans notre société, mais elle s'est progressivement résumée à une interprétation libérale de l'individu seul gestionnaire des risques qu'il court dans sa vie. La prévention est pour les auteurs l'expression de cette approche dans le champ de la santé¹ en ce qu'elle définit des comportements à risque et définit une morale sanitaire (référence à la

biopolitique de **Michel Foucault**).

Les auteurs soulignent aussi « la connivence idéologique de la gauche avec l'approche sécuritaire portée par la droite » face à laquelle aucune force d'opposition consistante ne fait barrage ou ne propose une grille d'analyse alternative. Pour leur part, ils veulent rappeler avec force la nécessité d'une approche complexe de la santé qui prenne en compte l'ensemble des déterminants de santé (sociaux, environnementaux, culturels) et en particulier les inégalités sociales de santé. À ce titre, l'exposition professionnelle constitue encore et toujours un facteur de risque majeur tant au plan de la mortalité que de la morbidité : « plus les salariés sont précaires, peu diplômés, peu ou pas autonomes dans les tâches qu'ils effectuent, plus ils sont fragilisés et susceptibles de subir des pathologies liées à leur cadre de travail » nous rappellent-ils.

Ils se placent ainsi à contre-courant des analyses centrées uniquement sur lesdits comportements à risque et qui aboutissent à blâmer les victimes une fois que les campagnes de prévention sont jugées inefficaces pour faire baisser les données épidémiologiques voire éradiquer les maladies. Ceci occulte les limites de ces outils, d'autant plus manifestes lorsqu'ils émanent 'd'en haut' et véhiculent des normes morales en parfait décalage avec les réalités. Les auteurs prennent pour illustration significative les campagnes contre l'obésité menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Le message dominant pour combattre le surpoids est de manger 5 fruits et légumes par jour ; or non seulement ce message simple ne répond pas au caractère polyfactoriel de l'obésité, mais en outre il laisse de côté des stratégies complémentaires (taxer les produits très gras ou salés, diminuer le prix des fruits et légumes, interdire la publicité pour les aliments trop sucrés...). Celles-ci pourraient pourtant répondre enfin à deux problèmes cruciaux, liés aux modes de vie et aux disparités entre riches (plus souvent minces) et pauvres (plus souvent gros) : l'augmentation du prix des produits

¹ Voir à ce sujet Patrick Peretti-Watel, Jean-Paul Moatti, Le principe de prévention, Paris, Seuil-La République des idées, 2009.

marais et la diminution parallèle du prix des graisses au cours des cinquante dernières années d'une part, et l'évolution des offres de l'industrie agroalimentaire (augmentation de la taille des portions ou du taux de lipides dans les plats préparés, stratégies publicitaires) d'autre part.

Irrationalité des politiques de rationalisation

Cette approche 'rationnelle' et 'pragmatique' présuppose un *homo oeconomicus* : des individus également dotés de capitaux et d'un agir basé sur le calcul coût/bénéfice. Elle encourage surtout une morale individuelle d'autogestion de sa santé et des réflexes d'hyperconsommation (de médicaments, de soins) pour fuir la maladie, devenue « un insupportable dysfonctionnement ». Elle s'inscrit, pour les auteurs, dans une mutation sociale qui a fait sortir la maladie du champ de la fatalité pour entrer dans le champ de la gestion des risques. Au final, cette politique aboutit à l'exclusion des pauvres du système de santé et à la criminalisation des malades, « *coupables d'être malades* ».

Cette 'judiciarisation' des rapports sociaux est illustrée par les 'procès sida', dans un contexte où la responsabilisation des séropositifs est déjà installée. Les auteurs rappellent la sentence, en 2004, du tribunal correctionnel de Strasbourg, condamnant un homme à 6 ans de prison pour avoir contaminé deux partenaires sexuelles alors qu'il se savait atteint du VIH. Cette affaire fortement médiatisée par Femmes Positives – une association de défense des femmes contaminées à leur insu dans le cadre de relations stables et en faveur de la pénalisation de la contamination volontaire – avait soulevé un débat sur la criminalisation du VIH, tendance mondialement perceptible. Si cette stratégie ne constitue de toute évidence pas une politique de santé publique (notamment parce que la crainte de tomber sous le joug de la loi freine les recours au dépistage), la répression (et ses dérivés comme la révélation

obligatoire du statut sérologique ou l'obtention du consentement éclairé du partenaire) participe de la stigmatisation. Un clivage entre séropositifs 'victimes versus contamineurs' pourrait tout à fait être utilisé pour appliquer un traitement différencié des malades (à soigner/à enfermer). À plus grande échelle et à plus long terme, quelles seraient les limites de la logique pénale face à l'ensemble des problèmes de santé ?

Les auteurs se placent à contre-courant des analyses centrées uniquement sur les comportements à risque et qui aboutissent à blâmer les victimes une fois que les campagnes de prévention sont jugées inefficaces pour faire baisser les données épidémiologiques voire éradiquer les maladies.

L'exemple de la politique de réduction des risques (RDR) en matière de drogues est également éclairant de la fracture qui s'instaure entre les malades. La RDR est née dans les années 1990 pour faire face aux contaminations par le VIH lors d'échanges de seringues ; à la répression coutumière des 'toxicomanes', des pratiques d'inclusion, répondant à un choix d'efficacité sanitaire vidée de visée moralisatrice, ont permis d'accompagner les usagers de drogues (information, échange de matériel, délivrance de produits de substitution, accompagnement psychosocial, espaces de consommation, contrôle rapide des produits). Des premiers projets expérimentaux à la constitution d'organisations d'auto-support défendant une vision systémique de leur action (santé/social), les contradictions politiques entre lutte contre l'épidémie et

lutte contre les stupéfiants ont été mises en veille jusqu'il y a peu : en 2006, à l'initiative d'un député de l'UMP, 78 parlementaires signent une lettre adressée au Premier Ministre remettant en cause la RDR au motif qu'elle met en œuvre des « *stratégies de banalisation des drogues et d'apprentissage à se droguer 'proprement'* »². Ils demandent alors la création d'une commission d'enquête parlementaire sur l'allocation des fonds drogues.

Pour les auteurs, de nombreux signaux de retour au répressif sont visibles, non seulement afin de flatter un électeurat conservateur mais aussi de préserver les comptes de l'assurance maladie vis-à-vis de malades insolubles et coûteux : l'efficacité n'est plus sanitaire mais comptable.

En conclusion

Cet ouvrage grand public a le mérite de revenir sur un ensemble de faits relayés par la presse et de considérations issues de travaux sociologiques. Il rappelle un ensemble de principes dits de 'gauche', malheureusement sans aller au-delà des poncifs habituels de la social-démocratie. On peut donc regretter, en plus d'un manque de nouveauté dans l'argumentaire, que les auteurs ne poussent pas plus loin leur auscultation des attaques contre le système de santé en incluant la critique même de la logique de l'État social et des principes qui le sous-tendent. En effet, on sent poindre un angélisme passéiste et manichéen entre passé et présent, État social et État libéral. Autrement dit, l'État social n'a d'égalitaire que le fait qu'il compense – voire masque et ce faisant légitime – des inégalités structurelles entre riches et pauvres. La demande de justice sociale portée par les auteurs s'arrête ainsi à revendiquer la défense des acquis sociaux sans véritablement mettre en branle une critique (et une transformation) profondes des rapports sociaux.

Nous ne sommes pas coupables d'être malades !, Alix Béranger, David Belliard, Paris, Les petits matins, coll. Alternatives Économiques, 2010, 215 pages

² Extrait de la lettre de Jean-Paul Garraud, Député de Gironde, au Premier Ministre : http://www.larevueparlementaire.fr/pages/PP/actudyn.htm?PRMC_NUM=81&PRMC_CODEDANSTABLE=ACTU

Vu pour vous

'Corps étranger', le corps et l'esprit réconciliés

Le coup de cœur d'Éducation Santé au Festival ImagéSanté 2012

Simon Trappeniers

'Corps étranger' a obtenu le Premier prix de la session 'Alimentation et santé' au récent Festival ImagéSanté de Liège. Il ne s'agit pas seulement du portrait d'un jeune garçon obèse qui décide de se faire placer un anneau gastrique. Ça, c'est juste le cadre, le prétexte même.

Ce beau documentaire est bien plus que cela : il s'agit d'un moyen métrage porteur d'un réel message d'espoir, bien malgré **Arnaud**, le principal protagoniste du film et le réalisateur **Christophe Hermans**, tous deux très modestes quand on aborde avec eux la portée de leur travail.

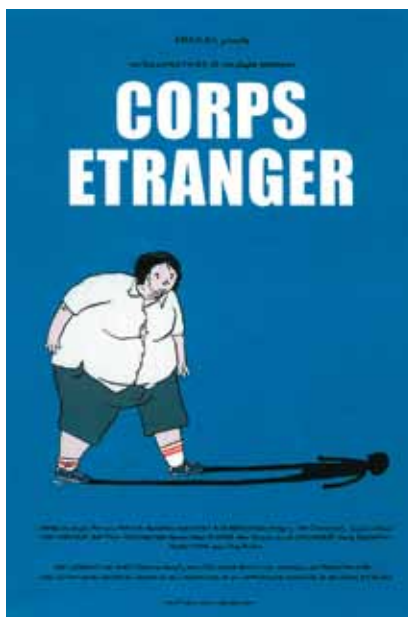
'Corps étranger' montre comment Arnaud – un jeune homme d'une vingtaine d'année et 177 kilos – se réapproprie ce corps qui est devenu de moins en moins le sien depuis le décès de sa mère. En décrochage scolaire, reclus dans sa chambre, il a pris des dizaines de kilos. L'ambiance familiale avec son père est tendue et seule sa grand-mère lui accorde un peu d'écoute.

La séquence d'ouverture – le corps d'Arnaud nu, énorme, omniprésent – nous fait craindre un de ces documentaires un peu voyeurs qu'on regarde entre fascination et rejet. Et puis ce corps entre en mouvement, prend vie sous nos yeux et même s'il reste bien le fil conducteur du film, on l'oublie pour accompagner Arnaud, pour partager sa vie, ses galères et son désœuvrement, ses joies et ses espoirs, ses échecs, sa grande lucidité, sa détermination à devenir autonome. Et c'est finalement son humanité qu'on trouve énorme.

Une vraie et belle réussite. Nous avons rencontré son réalisateur et son principal protagoniste.

Éducation Santé : Dans 'Corps étranger', il apparaît clairement que plus votre corps devient lourd, plus il perd de sa réalité pour vous. Cela peut sembler paradoxal, non ?

Arnaud : Oui, c'est exactement le sentiment que j'avais. Suite au décès de ma maman il y a quelques années, j'ai complètement arrêté mes études et je me



suis réfugié à la fois dans la solitude et dans la nourriture. Je ne sortais plus beaucoup, je traînais toute la journée, sans but précis à part manger, manger tout le temps, sans réfléchir. Je suis monté jusqu'à quasiment 185 kilos, à 20 ans c'est considérable. Et plus je devenais « important », en masse et en volume, plus je devenais insignifiant, à mes yeux d'abord et socialement ensuite. Cette opération et le régime qui a suivi ont été les éléments déclencheurs qui m'ont permis de reprendre en main non seulement ce corps dont je m'étais détaché petit à petit, mais aussi, avec lui, ma vie. J'ai repris confiance, j'ai pris mon envol et j'ai emménagé dans mon propre appartement, j'ai cherché du travail et ça va mieux avec mon père. Ce n'est pas encore une relation hyper conviviale mais il y a du mieux !

ES : On comprend assez vite à la vision du film qu'on ne regarde pas un simple reportage sur l'opération d'un jeune homme atteint d'obésité morbide. Comment

avez-vous construit 'Corps étranger' ?

Arnaud : C'est moi qui ai contacté Christophe pour lui proposer de suivre mon opération. Mon but était d'abord on ne peut plus terre-à-terre : je voulais montrer à mes amis – et pourquoi pas à d'autres – que c'était possible de perdre tout ce poids, je voulais garder une trace de ces quelques jours tournant autour de l'opération. Et puis, de manière plus irrationnelle, ça me donnait l'impression de 'maîtriser' l'opération.

Christophe Hermans : En discutant avec Arnaud, j'ai assez vite compris qu'il y avait matière à proposer plus que le récit d'une opération de *bypass* et du régime qui suit l'intervention ! Ce n'est que le point de départ qui permet de raconter bien plus sur ce garçon attachant et sur ses relations familiales et sociales.

C'était pour moi une chance d'arriver dans l'histoire d'Arnaud à un moment charnière de son histoire, un moment où il se transforme réellement, bien au-delà du corps, et reprend petit à petit sa vie en main. On me dit régulièrement que 'Corps étranger' est un reportage très vivant...

C'est peut-être parce que la narration s'est vraiment construite au fur et à mesure des semaines où nous avons suivi Arnaud, et du rapprochement de plus en plus personnel entre lui et nous, l'équipe du reportage.
ES : Le propos de 'Corps étranger' dépasse quand même l'histoire personnelle d'Arnaud, non ?

Christophe Hermans : Oui, évidemment, au-delà du parcours individuel, j'ai aussi cherché à aborder l'obésité d'un point de vue plus général, grâce aux témoignages de différentes personnes qui ont accompagné Arnaud : les médecins, la

psychologue qui le suivait, sa grand-mère (de qui il est si proche) et ses amis, d'autres patients du centre d'amaigrissement qu'il a fréquentés, etc. J'ai apparemment réussi à concilier les deux angles : raconter une histoire personnelle et lui donner un écho plus 'universel', notamment en intégrant volontairement, de manière prégnante, les liens et les rapports humains qui se tissent autour d'Arnaud.

ES : Et maintenant, pour vous, Arnaud, la page de l'obésité est définitivement tournée ?

Arnaud : Non car dans un coin de ma tête, je reste un obèse, d'ailleurs, pour moi, l'obésité morbide est comme une maladie chronique. Je sens bien que je peux 'retomber' à tout moment, si je perds pied un jour ou si je relâche l'attention que je porte maintenant à mon rapport à la nourriture. J'ai aussi gardé certains réflexes, par exemple m'écarter beaucoup plus que nécessaire quand je dois passer entre deux chaises, comme si mon corps occupait toujours le même volume. De toute façon, pour être franc, mon corps lui-même me

le rappelle aussi car j'ai toujours la peau distendue, comme si je portais un sac de peau vide en permanence. Je vais d'ailleurs me faire opérer dans les semaines à venir pour en retirer une bonne partie. Ce sera une bonne chose et ça m'aidera vraiment à tourner la page. Mais pas à refermer le livre.

'Corps étranger', un film de Christophe Hermans, Belgique, 2011, 52'. Le DVD est disponible à la Médiathèque de la Communauté française.

Une page Facebook et un compte Twitter pour *Éducation Santé*

Propos recueillis par **Christian De Bock**

Dès ce mois de septembre, notre mensuel renforcera sa présence sur Internet. Notre site www.educationsante.be continue son petit bonhomme de chemin, bien entendu¹. Il sera complété dorénavant par une page Facebook et un compte Twitter. Carole Feulien, collaboratrice de la revue depuis 2005, en charge aujourd'hui du développement sur les réseaux sociaux et Simon Trappeniers, collaborateur occasionnel d'*Éducation Santé* nous en disent plus.

ES : Pourquoi créer une page Facebook et un compte Twitter Éducation Santé en 2012 ?

Carole Feulien : Tout simplement parce qu'il ne nous semblait plus possible de faire autrement et de continuer à snober les réseaux sociaux, qui sont maintenant devenus incontournables. Quelques chiffres sur la situation fin 2011 vous éclaireront : près de 70 % de la population belge en ligne utilise les réseaux sociaux ; Facebook est le 3^e site le plus consulté sur le net ; il y a plus de 4 000 000 d'utilisateurs de Facebook en Belgique, soit près de 40 % de la population ; 23 % des *fanpages* sont vraiment suivies, et ont plus de 1000 fans ; 43 % des inscrits sont francophones. Et ces chiffres sont sûrement dépassés aujourd'hui ! En ce qui concerne Twitter, début 2012, le réseau comptait pas moins de 465 millions de comptes et 175 millions de tweets² par jour !

Le projet de page Facebook et de compte Twitter d'*Éducation Santé* s'intègre dans le développement actuel des réseaux sociaux (web 2.0) et entend répondre à l'évolution des habitudes d'utilisation de l'écrit, principalement de la part des nouvelles générations mais pas exclusivement : les études montrent qu'au-delà de ce qu'on appelle la génération Y³, la population entre 23 et 42 ans est actuellement très présente et active sur les réseaux sociaux. La moyenne d'âge des utilisateurs se situe à 31 ans, ce qui contredit le cliché du média des adolescents en recherche d'identité et de reconnaissance !

Simon Trappeniers : Avec 2 milliards d'internautes dans le monde (contre seulement 250 millions en l'an 2000, c'est dire l'importance que la toile a pris dans le quotidien des gens en une dizaine d'années seulement), nous sommes définitivement

dans l'ère numérique. *Éducation Santé*, en tant que publication reconnue par les professionnels de la promotion de la santé francophone ne pouvait rester en dehors du monde du web social (web 2.0), il se devait de définir un positionnement clair dans cette niche en y faisant un bon usage de la proactivité et de la proximité.

ES : Pourquoi avoir attendu si longtemps alors ?

C.F. : Tout est relatif : le secteur non-marchand dans son ensemble est frileux en la matière, et celui de la prévention semble encore plus réticent. En proposant sa page Facebook et son compte Twitter aujourd'hui, *Éducation Santé* s'installe dans un paysage assez clairsemé pour le moment.

Une autre raison tient à des contraintes purement matérielles : la revue fonctionne avec un budget fermé, dont la majeure

¹ Nous lui ferons subir une refonte complète prochainement.

² Un tweet désigne un message court (140 caractères maximum) envoyé via Twitter.

³ Pour faire simple, il s'agit de la génération qui est née avec le développement massif de l'informatique à partir des années 80.

partie est indispensable pour fournir tous les mois la revue imprimée à ses 2000 abonnés.

Il a déjà fallu faire preuve d'imagination pour développer www.educationsante.be, le site archive qui propose gratuitement tous les articles publiés depuis une bonne dizaine d'année, soit 1500 références augmentées chaque mois. Cela ne marche pas trop mal : après quelques années de progression régulière, le site est maintenant visité par plus de 15.000 personnes chaque mois. Nous appliquerons les mêmes recettes de 'bonne gestion' à la page *Facebook* et au compte *Twitter*, et nous nous débrouillerons avec les moyens que la Fédération Wallonie-Bruxelles met à notre disposition. Le site ne générera bien entendu aucun revenu publicitaire. Ce serait contraire à nos valeurs.

ES : En se lançant sur les réseaux sociaux, la revue n'obéit-elle pas à un effet de mode ?

S.T. : L'utilisation des réseaux sociaux n'est plus du tout marginale. Les chiffres montrent que les internautes

souhaitent de plus en plus être acteurs de l'information, et plus seulement consommateurs. Ce n'est pas un phénomène de mode, mais bien une évolution fondamentale des comportements dans notre société en pleine mutation : chacun a intégré le fait de recevoir une info « poussée » ou « à la carte » et de pouvoir commenter, partager, poser des questions, etc. En quelques mots : choisir les infos qu'il souhaite recevoir et interagir avec les producteurs des infos et les autres 'récepteurs'.

Éducation Santé ne peut rester sourd à cette évolution et à cette demande. Le mouvement d'ouverture est inévitable : il faut donc l'accompagner et non le combattre ou l'ignorer. Plus tôt les acteurs de la prévention investiront le web social, mieux ils en comprendront le fonctionnement, la culture et les modes d'interaction, et mieux ils seront préparés à s'adapter aux changements et évolutions à venir. Sans oublier que *Facebook* et *Twitter* sont des outils géniaux pour soutenir le plaidoyer tellement nécessaire en faveur

de la promotion de la santé dans un environnement où triomphe toujours le tout au curatif!

C'est particulièrement important pour une publication comme la nôtre. Qui dit que la revue sera encore imprimée dans deux ou trois ans ? L'évolution récente de la presse quotidienne, confrontée à des difficultés qui vont jusqu'à mettre en question sa survie dans certains cas confirme ces bouleversements radicaux.

Éducation Santé, en tant que publication reconnue par les professionnels de la promotion de la santé francophone ne pouvait rester en dehors du monde du web social (web 2.0), il se devait de définir un positionnement clair dans cette niche en y faisant un bon usage de la proactivité et de la proximité.

Facebook et Twitter en quelques chiffres

Qui donnent le tournis !

Facebook

- 800 millions d'utilisateurs actifs par mois.
- 483 millions d'utilisateurs très actifs par jour.
- 100 milliards de connexions entre amis fin 2011.
- 7 millions d'applications ou de sites web intégrés.
- 300 millions de photos téléchargées chaque jour.
- 668 millions de dollars de bénéfice net sur un chiffre d'affaires de 3,7 milliards⁴.
- 2,7 milliards de 'J'aime' et de commentaires chaque jour.
- 40 % des Belges sont inscrits, pour seulement 28 % des Allemands et 6 % des Japonais.

Source : *Le Nouvel Observateur du 3 mai 2012 et Le Soir du 8 août 2012*

Twitter

- 3 ans, 2 mois et 1 jour : le temps qu'il a fallu pour envoyer le premier milliard de tweets,
- 1 semaine : le temps qu'il faut aujourd'hui pour envoyer un milliard de tweets.
- 50 millions : la moyenne du nombre de tweets envoyés chaque jour, en 2010;
- 140 millions : la moyenne du nombre de tweets envoyés chaque jour, en 2011.
- 177 millions : le nombre record de tweets envoyés en un jour.
- 456 : le nombre de tweets par second (TPS) envoyés lors de la mort de Michael Jackson le 25/06/09.
- 460 000 : la moyenne des comptes créés chaque jour.
- 182 % : le taux de croissance du nombre d'utilisateurs sur mobile en un an.

Source : *Twitter, 2011*

ES : Soyons concrets. Pouvez-vous nous préciser son contenu éditorial ?

C.F. : Vous y trouverez pas mal de choses : le sommaire du numéro actuel, cela va de soi, ainsi que l'annonce du contenu du numéro suivant ; des articles émanant de la publication seront mis en évidence à chaque parution ; un agenda mensuel reprendra certains événements du mois, mais aussi des événements particuliers mis en avant via publication sur le 'mur', l'avantage de ce canal étant de pouvoir 'rappeler' un événement en fonction de l'actualité et de visibiliser les personnes qui y seront présentes ; des appels à collaborer activement à la revue sous forme d'articles de fond ou d'opinions plus courtes ; des appels aux internautes à donner leur avis (sur une couverture, un sujet d'actualité, une thématique pour un futur numéro...); de petits sondages d'opinion express (sans en abuser, ils ont

⁴ Ces beaux chiffres n'ont pas empêché l'action *Facebook* de perdre près de la moitié de sa valeur trois mois après son introduction en bourse...

souvent un côté 'micro-trottoir' gadget sans beaucoup d'intérêt); l'annonce des événements organisés par *Éducation Santé* et ses amis (colloques, conférences, procédures de réabonnement, évaluation...); des photos prises lors de colloques et séminaires pourront aussi être publiées; des vidéos – nous pensons aux campagnes labellisées Fédération Wallonie Bruxelles – pourront être vues via la page également; il y aura des présentations et liens vers d'autres sites, des résumés et liens vers des articles ou dossiers en ligne de partenaires de la revue et d'autres choses encore.

ES: *Qu'est-ce que ces pages virtuelles apporteront de plus que le mensuel imprimé et le site actuel ?*

C.F.: Elles permettront de consolider la présence de la revue dans le paysage francophone de la prévention : renforcement de sa position de référent en matière de promotion de la santé au sein de la Fédération; renforcement de sa politique éditoriale par une stratégie multi-canaux; constitution du noyau de réseautage des acteurs qui créeront plus tard leur propre page.

Elles contribueront aussi à développer l'identité numérique d'*Éducation Santé* en faisant apparaître le côté accessible de la revue et en positionnant la revue comme ouverte aux jeunes adultes engagés dans la prévention.

Nous espérons aussi que la puissance de *Facebook* et de *Twitter* nous permettra de générer du trafic vers le site www.educationsante.be et vers d'autres sites 'amis'.

D'autres bénéfices sont encore espérés : offrir un point de contact supplémentaire pour s'abonner à la revue, notamment via le site; favoriser un réseautage national (voire international) des différents acteurs de la promotion de la santé; contribuer à rendre plus visibles et promouvoir les actions et les initiatives des acteurs de la promotion de la santé; profiter du réseau social pour diffuser largement des informations, initiatives, campagnes (pour une fois, c'est bien notre tour, utiliser le



marketing viral pour une bonne cause...); optimiser les contacts via les actualités d'*Éducation Santé* pour les abonnés mais aussi via l'utilisation de la messagerie associée à chaque profil des abonnés puisque l'on sait par exemple que *Facebook* supplante maintenant les messageries traditionnelles en termes de volume de contenu partagé; promouvoir le pouvoir organisateur (Mutualité chrétienne), le financeur public (Fédération Wallonie Bruxelles) d'*Éducation Santé* et ses partenaires privilégiés.

Et la liste est loin d'être exhaustive. L'avantage majeur par rapport au site et à la revue imprimée réside dans la rapidité de la diffusion de l'information et aussi dans l'interactivité immédiate, inimaginable autrement. Il est à noter que la page *Facebook* et le compte *Twitter* seront complémentaires à la revue et au site et non concurrents! On n'y trouvera pas tous les articles que nous publions chaque mois, ni la base de données de 1500 articles qui constitue le cœur du site www.educationsante.be.

ES: *Vous visez quel public précisément ?*

C.F.: Comme je l'ai déjà évoqué plus haut, nous souhaitons étendre notre impact au-delà du périmètre de diffusion du magazine imprimé. Déjà aujourd'hui, il y a plus de contacts avec la revue par l'intermédiaire de son site que par la diffusion de sa version 'papier' ou électronique (lettre d'information paraissant chaque mois quelques jours avant l'envoi aux abonnés).

Un certain nombre d'acteurs en promotion de la santé ont déjà pu être identifiés sur les réseaux sociaux et pourront d'emblée être 'invités' via l'application *Facebook* à rejoindre la page d'*Éducation Santé*, ou seront approchés via *Twitter*.

Les abonnés pourront y être invités aussi, via d'autres canaux de communication. Enfin, un public plus large pourra, s'il le souhaite, devenir fan de la page ou abonné à nos tweets.

ES: *Ce projet n'est-il pas discriminatoire pour les non-utilisateurs de Facebook/ Twitter ?*

S.T.: Toutes les précautions seront prises pour que ce ne le soit pas. En effet, une bonne partie des informations publiées sur la page peuvent se retrouver par ailleurs (et d'abord dans la revue et sur le site de la revue et ensuite sur d'autres sources d'informations extérieures à *Éducation Santé*). C'est toute la force du multi-canal : les 'lecteurs' ont la possibilité d'accéder à une même information via le ou les canaux de communication qui leur conviennent le mieux. Certaines personnes ne fréquentent pas le site, mais se trouvent sur les réseaux sociaux : pourquoi se priver de pouvoir mettre en évidence une info, de faire un rappel concernant un événement, de proposer de la veille active ? L'idée est d'aller chercher les utilisateurs là où ils se trouvent. De plus, les gens l'ignorent souvent, techniquement, les pages *Facebook* et les tweets sont accessibles pour consultation à tout le monde, même à ceux qui ne sont pas inscrits sur ces réseaux. Toutes les publications (articles, photos, événements) sont visibles sans inscription, mais il faut avoir bien entendu un profil pour laisser des commentaires ou réagir.

ES: *Je me fais maintenant l'avocat du diable. Les réseaux sociaux, c'est pour s'amuser, pas pour travailler ! Votre page s'adresse avant tout à des professionnels, et beaucoup d'entreprises sont réticentes à l'idée que leur personnel ait la possibilité de consulter les réseaux sociaux pendant les heures de bureau. Que leur répondez-vous ?*

S.T.: Les utilisations des réseaux sociaux sont multiples. Il y a bien sûr une utilisation purement 'sociale', récréative, qui est

la plus connue. Mais les entreprises investissent également de plus en plus le web social à des fins de notoriété, de communication, de marketing... Et pourquoi pas pour la promotion de la santé ? C'est ce que nous voulons faire : expérimenter ce nouveau canal de communication pour aller à la rencontre des professionnels et des 'futurs' pros, et même d'un public plus large. *Éducation Santé* a certainement une place à prendre dans ce paysage numérique. Il faut savoir que d'autres utilisations des réseaux sociaux existent : à des fins pédagogiques, de veille, de networking, etc. Les frontières entre utilisations 'récréative' et 'sérieuse' d'Internet sont de plus en plus floues. Pensons aux *serious games*, qui allient objectif pédagogique et aspect ludique. Enfin, la possibilité de publier du contenu

multimédia (sur *Facebook*) constitue également un argument positif pour utiliser cette plate-forme. Impossible d'avoir la même souplesse sur le site de la revue sans des investissements humains et financiers qu'elle ne peut pas se permettre. *ES* : *N'importe qui pourra s'exprimer sur la page ou adresser des tweets à la revue ? Allez-vous exercer un contrôle préalable sur les contenus et commentaires proposés par les internautes ? Dans le cas contraire, ne craignez-vous pas des dérapages, assez fréquents sur la toile ?* **C.F.** : Notre page *Facebook* et notre compte *Tweeter* possède plusieurs administrateurs, qui ont des droits étendus. Ceux-ci peuvent définir ce qui est permis ou non : poster une vidéo, des photos, commenter le mur, contribuer à un forum de discussion, etc. Cela permet d'éviter tout 'dérapage'

éventuel. En outre, nous avons placé en tête de la page un code de bonne conduite que les contributeurs s'engagent à respecter dans leurs commentaires et apports divers. Au départ, nous jouerons franchement le jeu, on verra rapidement s'il faut corriger le tir ! *ES* : *Reste une question. Comment dois-je faire si je veux devenir 'fan' d'Éducation Santé ou suivre ses tweets ?* **C.F.** : C'est tout simple, il vous suffit d'aller voir sur www.facebook.com/revueeducationssante. Que vous soyez ou non membres de la communauté *Facebook*, vous pourrez juger vous-mêmes de l'intérêt de notre initiative. Pour *Twitter*, c'est sur twitter.com/EducationSante que vous pourrez nous suivre. Venez nombreux, vous ne le regretterez pas !



LA
Santé
de l'homme

La Santé de l'homme n° 414 - juillet-août 2011

Enquête

Opinions et pratiques préventives des médecins généralistes en France, *Arnaud Gautier, Cécile Fournier, François Beck*

Dossier. Inégalité sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention

Introduction, *Marie-José Moquet, Louise Potvin*
Pourquoi et comment les inégalités « font système » ?, *Pierre Volovitch*
« Ce sont les conditions de vie et leurs déterminants sociaux qui forgent les inégalités », entretien avec *Michael Marmot*
OMS : un cadre d'action pour réduire les inégalités sociales de santé, *Michael Marmot, Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, Peter Goldblatt*
Le rôle des services de PMI dans la réduction des inégalités sociales de santé, *Marcelle Delour*
« Se rapprocher des parents et s'éloigner de toutes les suspicions », entretien avec *Pilar Arcella-Giroux*
À Poitiers, la lutte contre les inégalités passe

par le logement et la nutrition, *Michel Berthier, Pauline Berthier*
Montréal : un soutien à la petite enfance pour aborder l'école dans de meilleures conditions, *Angèle Bilodeau, Isabelle Laurin, Nadia Giguère, Anouk Lebel*
Lutter contre le « gradient de santé » qui affecte les enfants et les parents, *Clive Needle, Caroline Costongs, Giorgio Barbareschi, Aagje Leven, Cristina Chiotan*
« L'Agence régionale de santé ne pourra s'attaquer aux inégalités qu'en développant les partenariats », entretien avec *Laurent Chambaud*
« Pour réduire les inégalités sociales de santé, le rôle et les missions des Ateliers santé ville devraient être confortés », entretien avec *Rémi Frenzt*
Implication des habitants : l'expérience des « Tables de quartier » à Montréal, *Gilles Sénécal*
L'évaluation d'impact sur la santé, un moyen d'action sur les politiques, *Louise Saint-Pierre*
« Face aux inégalités, il y a une responsabilité collective avant les comportements individuels »,

entretien avec *Thierry Lang*
Identifier les déterminants sociaux des inégalités, pour pouvoir agir : une initiative méthodologique, entretien avec *Tarik Benmarhnia*
Pour en savoir plus, *Laetitia Haroutunian, Céline Deroche*

La santé à l'école

L'éducation à la santé en milieu scolaire peut-elle participer à la réduction des inégalités sociales de santé ?, *Ngoc-Chau Pham-Daubin, Didier Jourdan*

Lectures

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet

Tout nouveau numéro de *La Santé de l'Homme* est intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr
Vous y trouverez aussi une présentation de la revue, les sommaires des numéros parus et index depuis 1999, et, prochainement, l'intégralité des articles publiés depuis 2000.



Sommaire

Édito

- 2 Ne dites plus 'Équilibre', zeg nu 'Bodytalk',
par *Christian De Bock*

Initiatives

- 2 'Voyons large', une campagne de sensibilisation
aux discriminations liées au surpoids,
par *Patrick Trefois, Patrick Charlier et Sandrine Pequet*

Le rejet et la discrimination se fondent bien souvent sur des critères liés à l'apparence physique : couleur de peau, sexe, handicap, âge... Aujourd'hui la corpulence est également devenue un important facteur de stigmatisation et d'exclusion.

- 6 Une (belle) histoire d'armoire, par *Muriel Durant*

La spécificité de l'outil de promotion de la santé, par rapport à un autre outil, est sa capacité à stimuler l'une des 5 stratégies recommandées par la charte d'Ottawa. Il envisage ensuite une variété de facteurs de risque et de déterminants de santé, préférant l'approche globale de la santé à l'approche thématique.

Locale

- 8 Assu-Études, une enquête menée dans l'enseignement
secondaire bruxellois, par *Colette Barbier*

L'enquête « Assu-Études » menée par le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles (CLPS) auprès des acteurs de l'enseignement secondaire de la région de Bruxelles-Capitale en 2009 et 2010 permet d'identifier les attentes et les besoins des acteurs scolaires concernant la prévention des conduites à risque et les assuétudes des élèves.

Lu pour vous

- 12 Nous ne sommes pas coupables d'être malades !
par *Myriam Dieleman*

Tel est le titre d'un ouvrage récemment paru, qui dénonce la dégradation de l'État social en France et pourrait d'ailleurs s'appliquer dans une certaine mesure à notre pays. Cet essai journalistique se lit comme une contre-attaque aux réformes libérales du système de santé adoptées en France ces dix dernières années.

Vu pour vous

- 15 'Corps étranger', le corps et l'esprit réconciliés,
par *Simon Trappeniers*

Le coup de cœur d'Éducation Santé au Festival ImagéSanté 2012

- 16 Une page Facebook et un compte Twitter
pour Éducation Santé, propos de *Carole Feulien*
et *Simon Trappeniers* recueillis par *Christian De Bock*

Dès ce mois de septembre, notre mensuel renforcera sa présence sur Internet. Notre site www.educationsante.be continue son petit bonhomme de chemin, bien entendu, mais il sera complété dorénavant par une page Facebook et un compte Twitter. Un nouvel outil pour renforcer le dialogue avec les acteurs de la promotion de la santé.

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, Patrick Charlier, Myriam Dieleman, Muriel Durant, Carole Feulien, Sandrine Pequet, Simon Trappeniers, Patrick Trefois.

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

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

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

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

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

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2 000 exemplaires.

Diffusion : 1 900 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 revue *Éducation Santé*
est réalisée avec le soutien de la
Fédération Wallonie-Bruxelles
Département de la Santé



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.

