

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - www.educationsante.be
N° 357 / JUILLET - AOÛT 2019



**La parentalité
en solitaire :**
famille monoparentale
rime-t-elle toujours avec
précarité ?

Sommaire



3

RÉFLEXIONS

L'ADN: une molécule hypersensible



13

STRATÉGIES

Santé publique: cédera ou cédera pas sous le poids des données massives ?



6

OUTILS

Des femmes et des hommes (Pipsa)



8

RÉFLEXIONS

La parentalité en solitaire: famille monoparentale rime-t-elle toujours avec précarité ?

Sur notre site
www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles et bien plus encore sur notre site internet
www.educationsante.be.

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

- › Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque)
- › Réédition du guide sur l'évaluation des effets des interventions – activité physique, alimentation et santé psychique

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux



sociaux. Retrouvez-nous sur Facebook :
www.facebook.com/revueeducationsante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT**: gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION**: Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI**: Julie Luong, Outilthèque PIPsA, Manon Gobeaux, Anne Le Pennec. **RÉDACTRICE EN CHEF**: France Gerard (education.sante@mc.be). **SECRÉTARIAT DE RÉDACTION**: Manon Gobeaux. **JOURNALISTES**: Manon Gobeaux, Sarah Hassan, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS**: education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE**: Martine Bantuelle, Anouck Billiet, Raffaele Bracci, Émilie Detaille, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncet, Caroline Saal, Marinn Trefois, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE**: Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE**: Émerance Cauchie. **ISSN**: 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET**: www.educationsante.be. **COURRIEL**: education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé: www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément: P401139. Crédit photos: AdobeStock.



© unsplash

RÉFLEXIONS

L'ADN : une molécule hypersensible

Notre ADN ne détermine que pour une part notre état de santé. Les récentes recherches en épigénétique montrent que notre mode de vie – et en particulier notre manière de gérer notre stress et nos émotions – est en réalité plus déterminant que notre hérédité. Nathalie Zammatteo, biologiste et thérapeute namuroise, nous explique pourquoi.

► JULIE LUONG

Docteur en biologie, Nathalie Zammatteo a longtemps travaillé comme chercheuse à l'université, prenant part à des travaux portant notamment sur la génétique et le cancer du sein. Au fil du temps, elle acquiert la conviction que les facteurs environnementaux ne sont pas suffisamment pris en considération. Souffrant elle-même de maux de tête de plus en plus envahissants, elle découvre la Cohérence

Somato Psychique®, une approche thérapeutique qui vise la libération des inhibitions inscrites dans l'organisme, qui empêcheraient le processus naturel d'auto-guérison. Elle se forme alors comme thérapeute. Auteure de *L'impact des émotions sur l'ADN* (éditions Quintessence), elle vulgarise le passionnant concept d'épigénétique, qui préside aujourd'hui à de nombreuses recherches scientifiques.



Pouvez-vous rappeler ce qu'est l'épigénétique ?

L'épigénétique signifie « au-dessus de la génétique » ou « en surface de la génétique » : il s'agit de mécanismes qui ne changent absolument pas l'ADN, le code génétique, mais le fonctionnement des gènes. J'aime l'expliquer en prenant l'exemple du livre de recettes. Si on prend un livre de recettes et qu'on l'ouvre à la page du soufflé au fromage, on peut lire et réaliser la recette. C'est pareil pour l'ADN : si on peut accéder au code, on peut le traduire en protéines. C'est cela l'expression des gènes. Ce sont ces protéines qui font qu'on est vivant. Mais si la page du livre de recettes est collée, on ne peut pas lire la recette. C'est le cas pour l'ADN : si certaines portions de l'ADN sont inaccessibles, on ne peut pas accéder à la séquence du gène et donc on ne peut pas produire ce qui lui correspond. On peut aussi illustrer ce fonctionnement à travers l'exemple des vrais jumeaux : ils sont génétiquement identiques mais s'ils vivent à un endroit différent et qu'on regarde à 20 ans l'expression de leurs gènes – l'épigénome –, on se rend compte que c'est comme s'ils n'avaient, de ce point de vue, aucun lien de parenté... alors que leur séquence d'ADN est identique depuis la naissance.

Il y a eu la grande époque du tout génétique mais aujourd'hui, cette intrication du génétique et de l'environnement est considérée comme une donnée scientifique essentielle. À quand remonte ce concept d'épigénétique ?

La recherche en épigénétique a commencé à la fin des années 1990. En 2002, on est parvenu à séquencer tout le génome humain. On pensait alors qu'on allait pouvoir tout résoudre et que la thérapie génique permettrait tout simplement de remplacer les gènes défectueux. Parallè-

lement, les recherches en épigénétique devenaient plus importantes et on s'est rendu compte que la séquence d'ADN n'était pas tout, puisque le gène est incapable de se réguler seul : son fonctionnement dépend de notre environnement interne, mais surtout externe. On a découvert que notre mode de vie – alimentation, exercice physique, régulation du stress, qualité des relations – avait un impact sur le fonctionnement de nos gènes et que ça influençait beaucoup plus notre santé que notre hérédité.

Dans quels types de pathologies l'épigénétique est-elle déterminante ?

On l'étudie principalement dans trois domaines : le cancer, les maladies métaboliques et le comportement, notamment la régulation du stress. Il y a quelques années, au Télévie, les chercheurs ont dit qu'en effet ils

s'étaient trompés, qu'ils avaient cru que le cancer était une maladie génétique mais qu'il s'agit en fait d'une maladie épigénétique. Certains cancers présentent bien sûr des mutations dans les gènes, mais cela ne représente qu'une toute petite proportion des cancers. Le reste, c'est un problème de dérégulation dans l'expression des gènes. Dans un cancer, des gènes s'expriment dans les cellules de la tumeur et promeuvent le développement de cette tumeur, tandis que d'autres gènes « oncoprotecteurs » cessent de s'exprimer dans les cellules cancéreuses. Il y a donc véritablement un changement dans l'expression des gènes.

Qu'en est-il du lien avec la régulation du stress ?

Le stress modifie fondamentalement l'expression des gènes. Les émotions ont un rôle dans toutes les maladies, et en particulier dans les douleurs. J'ai découvert qu'il existait toute une littérature scientifique sur ces cicatrices émotionnelles, qui viennent s'inscrire au cœur des cellules au point de se transmettre d'une génération à l'autre. Si, à la suite d'un traumatisme, l'expression des gènes est modifiée et qu'on est devenu beaucoup plus fragile face à ce stress, avec une tendance dépressive, les thérapies vont permettre de restaurer l'expression des gènes comme avant le traumatisme. Car ce sont aussi des mécanismes réversibles. On peut effacer ces traces.

Faut-il nécessairement passer par une thérapie pour corriger l'expression des gènes ?

Si on est bien en accord avec soi-même, si on est heureux dans ce qu'on fait, si on a un bon réseau affectif et social, c'est possible de faire sans. Disons que tout dépend aussi de la période à laquelle a eu lieu le traumatisme. Les 1000 premiers jours de la vie – vie foetale, naissance, premières

années de la vie – sont une période de grande fragilité : il y a plus de chances qu'il faille passer par une thérapie, surtout si on a vécu des choses graves comme des abus.

Aujourd'hui, au quotidien, il existe différentes techniques qui nous permettent de réguler le stress, comme la pleine conscience, le yoga... Ces techniques diminuent l'inflammation généralisée dans le corps qu'entraîne le stress chronique. Ces outils pratiques permettent donc de faire de la prévention. Certains aliments nous protègent aussi, de même que l'activité physique. Nous pouvons produire dans notre corps des facteurs de santé.

Il faut aussi se sentir soutenu et sécurisé. Une étude américaine sur le bonheur initiée dans les années 30 aux États-Unis et toujours en cours actuellement montre que les gens heureux sont ceux qui ont des relations de qualité. Et ce sont aussi celles qui ont le meilleur état de santé à 80 ans.

Certains toxiques environnementaux ont également un impact sur nos gènes.

Oui, c'est le cas des particules fines, des pesticides, des métaux lourds, etc. Si on veut faire de la prévention des maladies, il faut tenir compte du volet émotionnel, mais aussi de ces facteurs de l'environnement. À Mexico, une ville très polluée, une étude a montré que les chiens exposés aux polluants développent l'équivalent de la maladie d'Alzheimer, dont on pense qu'elle serait en partie liée à l'exposition à des métaux lourds. Mais à exposition égale, on sait que cela va davantage se corriger si on est dans un environnement sécurisant. L'impact de la bienveillance et du maternage en début de vie sont à mon sens plus importants que celui des toxiques.

La qualité des relations ne semble malheureusement pas dépendre de la seule volonté individuelle. Le monde du travail présente aujourd'hui des modes d'organisation qui ne favorisent pas la bonne santé de l'ADN... De même pour les problèmes d'isolement et de précarité.

C'est vrai. Mais c'est aussi une question de choix. Le stress, c'est utile à notre survie. Le problème, c'est l'absence de moments de pause. Parfois quelques minutes par jour suffisent. La cohérence cardiaque par exemple est un outil formidable, qui consiste à respirer pendant cinq minutes, avec le même temps sur l'inspire que sur l'expire : cela permet de réguler les principales hormones de notre corps qui nous permettent à la fois d'agir et de récupérer. Si on a ces moments de pause, le stress ne s'installe pas durablement. Si on a des activités où l'on a du plaisir, c'est pareil : on stimule le circuit de la récompense. Ce n'est pas une question de temps, ça ne nécessite pas d'investir une heure par jour. Le message, c'est que c'est accessible à tous et que nous sommes tous acteurs de notre santé. Alors oui, nous sommes dans une société où tout est axé sur les performances, mais cela signifie qu'il faut d'autant plus prendre soin de soi pour pouvoir être bien dans sa

relation avec les autres. Il ne s'agit pas d'aller faire une retraite dans une grotte... c'est un outil du quotidien.

La réversibilité des effets du stress sur l'expression des gènes peut-elle advenir rapidement ?

Les études montrent qu'après huit semaines – le temps du programme de réduction du stress par la pleine conscience –, on observe déjà des effets sur la plasticité du cerveau. Des paramètres sont mesurables sur la prise de sang. Avant et après ces huit semaines, il y a des différences sur les facteurs de l'inflammation, etc.

Cela signifie-t-il que l'apprentissage de la pleine conscience devrait faire partie des politiques publiques de prévention et promotion de la santé ?

Tout à fait. Aux États-Unis, la méditation est déjà considérée comme un moyen de prévention des maladies cardiovasculaires, avec des résultats tout à fait intéressants !

L'impact des émotions sur l'ADN par Nathalie Zammatteo.

Chaque cellule du corps porte en son noyau le même ADN qui a toute l'information nécessaire pour reconstituer l'ensemble du corps. Ainsi, même si chaque cellule n'exprime qu'une partie de cette information, celle-ci est contenue dans la moindre de ses extrémités. L'ADN est contrôlé par des signaux provenant de l'extérieur de la cellule, dans son environnement. Plusieurs millions d'interrupteurs se trouvant sur l'ADN permettent aux gènes d'être lus ou de rester silencieux. La science qui étudie ces interrupteurs et l'interaction entre l'ADN et l'environnement s'appelle l'épigénétique. Les découvertes récentes nous enseignent que tout ce qui fait partie de notre environnement, y compris les émotions, influencent l'ouverture ou la fermeture de ces millions d'interrupteurs sur l'ADN, agissant ainsi sur notre santé. Au travers de l'histoire de vraies jumelles, vous découvrirez que les émotions peuvent laisser des traces sur l'ADN et que ces traces sont transmissibles à la descendance. Alors que l'information portée par les gènes est stable, les étiquettes épigénétiques ont une stabilité relative car elles sont effaçables. Il y a donc une réversibilité potentielle permettant un retour en santé. La vocation principale de ce livre est de proposer une observation des conditionnements émotionnels sous un nouvel angle, celui de l'épigénétique, afin d'offrir la possibilité à chacun de trouver un nouvel équilibre.

Disponible aux éditions *Quintessence*.

Des femmes et des hommes

OUTILS

► OUTILTHÈQUE PIPSc

DESCRIPTION SELON L'ÉDITEUR

Matériel

- Livret d'introduction « Avant d'entamer le programme » (reprenant les bases éthiques et les modalités de mise en œuvre du programme)
- 7 livrets d'animation comprenant 250 activités pédagogiques
 - › Axe 1 : Pour commencer...
 - › Axe 2 : Ma vie affective
 - › Axe 3 : Mon corps
 - › Axe 4 : Mes relations
 - › Axe 5 : Ma sexualité
 - › Axe 6 : Ma santé sexuelle
 - › Axe 7 : La loi
- Dossier d'images (plus de 150 images en couleur, dans une farde à anneaux)

Des outils complémentaires accessibles en ligne tels que des dossiers photos, les séquences vidéo de la première édition et des idées d'applications numériques

Auteurs: Jacqueline Delville, Michel Mercier, Carine Merlin

Supplément de Joëlle Berrewaerts, Veronique Jacques

Concept

Cet outil, conçu sous la forme d'une mallette pédagogique, permet aux professionnels (psychologues, sexologues, assistants sociaux, médecins, infirmiers, enseignants, éducateurs, etc.) de mettre en place des animations visant à accompagner les personnes dans leur épanouissement relationnel, amoureux et sexuel. Il propose à cette fin une réflexion préalable indispensable à la mise en œuvre du programme.

Si le contenu reste fidèle à la première édition, et tend toujours à combiner l'approche des émotions et des relations à l'éducation sexuelle proprement dite, cette nouvelle édition comporte des modifications importantes, tant au niveau du contenu que de la présentation.

Des femmes et des hommes

Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales

2^e édition mise à jour

Jacqueline Delville, Michel Mercier, Carine Merlin

© Presses Universitaires de Namur



Un contenu mis à jour:

- quelques thématiques inédites, abordant notamment les dangers liés à Internet et aux réseaux sociaux, l'assistance sexuelle et les droits des personnes en situation de handicap;
- l'adaptation de certaines animations afin qu'elles soient davantage accessibles aux personnes n'ayant pas accès au langage;
- des idées d'animations faisant appel aux applications numériques ou se basant sur des extraits de films comme Gabrielle ou Yo Tambien.
- un nouveau dossier d'images en couleur

Objectifs

Développer les capacités des personnes déficientes mentales (adolescents et adultes) dans les domaines des émotions, des relations, du corps, de la sexualité. Favoriser l'épanouissement de la personne handicapée, la non-discrimination et l'égalité des droits en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle.

Bon à savoir

Ce projet a été réalisé par le centre Handicap et Santé de l'Association de Recherche et d'Action en faveur des Personnes Handicapées (ARAPH), actif dans le domaine de la promotion de la santé des personnes en situation de handicap, et se fondant sur des travaux de recherche universitaire. Avec le soutien de la Région Wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Fondation Marguerite-Marie Delacroix.

L'AVIS DE PIPSA (www.pipsa.be)**Appréciation globale**

Ce programme riche de 250 activités propose un cadre structuré, référencé et éthique pour accompagner le développement affectif, relationnel et sexuel des personnes en situation de handicap mental. Concepts, références et expériences de terrain s'articulent, renforçant la pertinence des contenus et des démarches pédagogiques.

Le temps d'appropriation, directement lié à l'ampleur du programme, permet une utilisation répétée : les thématiques travaillées ne périssent pas ! Le professionnel est soutenu (notamment par des témoignages) pour initier la mise en place du programme (cadre, limites, accords institutionnel et parental, partenaires, structure proposée...), cependant ses compétences restent centrales, notamment pour accueillir les réactions des participants aux animations.

Le programme, modulable à partir du chemin tracé par le promoteur, peut s'adapter au groupe et sa demande. Très complet, nuancé, progressif, il s'accorde parfaitement aux valeurs de promotion de la santé (leviers constructifs, développement du pouvoir d'agir).

Les activités pédagogiques proposent des thématiques actuelles (réseaux sociaux, pornographie, prostitution...) et référencent d'autres supports possibles (app pour le participant et pour l'animateur, livres, outils spécifiques). Certaines activités nécessitent la création d'un petit matériel réutilisable, notamment l'impression de photos. Ces visuels adaptés au public, soutiennent l'expression verbale et non-verbale.

Les dessins (non périssables car situés en-dehors de tout contexte), explicites, représentent la diversité des corps et des âges et tiennent compte de la diversité culturelle et des orientations sexuelles.

Une évaluation est proposée systématiquement aux participants.

Le coût de l'outil pourrait limiter l'accès au programme mais il constitue un investissement pour de nombreuses années pour une institution. Pour un prêt en centre de doc, il serait intéressant d'imprimer et plastifier les photos.

Objectifs

- Prendre conscience de ses représentations sur les thèmes de l'EVRAS
- Prendre connaissance d'informations nouvelles
- Comprendre certains phénomènes : la sexualité, les émotions, le désir...
- Prendre conscience de possibilités de prévention : hygiène, contraception, IST
- Acquérir des habiletés personnelles : reconnaître ses émotions, prendre soin de son corps...

Public cible

- Ados et adultes en situation de handicap... ou pas
- Public ados (enseignement spécialisé)
- Accessible aux personnes en difficulté avec le français (Alpha – FLE)

Utilisation conseillée

- S'imprégner des deux livret « avant d'entamer le programme » et « pour commencer » : ils sont indispensables à la compréhension de l'outil, ses enjeux et le cadre dans lequel il doit s'inscrire pour atteindre ses objectifs.
- L'abondance de la matière ne doit pas décourager l'utilisateur : le potentiel est important et l'appropriation permet une utilisation récurrente.
- L'utilisation demande une formation à l'animation.

Points forts

Exhaustivité, cohérence

Points d'attention

Temps nécessaire pour mettre en place les conditions optimales d'utilisation de l'outil

Sujets abordés

Vie affective, corps, relations, sexualité, santé sexuelle, la loi.

**Où trouver l'outil ?**

► **Chez l'éditeur :**
 Presses Universitaires de Namur (PUN)
 Rempart de la Vierge, 13
 5000 – Namur
 Belgique
 +32 (0)81 72 48 84
pun@unamur.be
<http://pun.be/fr>

La parentalité en solitaire :

famille monoparentale rime-t-elle toujours avec précarité ?

RÉFLEXIONS

L'Observatoire de la Santé du Hainaut organisait en février dernier une nouvelle matinée « Sém'ISS » où professionnels de santé et spécialistes du secteur étaient invités à réfléchir à la situation des familles monoparentales de notre pays et aux inégalités sociales de santé qui pèsent sur elles. Pour ce faire, étaient invités François Ghesquiere de l'IWEPS¹, Martin Wagener de l'UCLouvain et Cindy Marcelle du CPAS de Charleroi. Confrontant chiffres, cartographies et facteurs de risque qui expliquent comment les familles monoparentales s'engluent dans un cercle vicieux d'appauvrissement et d'accentuation des inégalités sociales de santé, ils en arrivent à dépendre le quotidien pas toujours simple de ces familles. Mais le ciel n'étant jamais tout à fait gris, la matinée fût aussi l'occasion de présenter un projet novateur mené par le CPAS de Charleroi, tel un arc-en-ciel après l'orage.

► MANON GOBEAUX

Revenu médian et privation matérielle, les chiffres parlent

C'est François Ghesquiere, sociologue de formation travaillant sur la question de la pauvreté à l'IWEPS², qui ouvre cette matinée d'échanges avec des chiffres surprenants. Il plante immédiatement le décor avec **le taux de risque de pauvreté selon le type de ménage** en Belgique. Ce taux est calculé sur base du revenu total net des ménages, c'est-à-dire la somme d'argent totale utilisable, remise au prorata de la taille des ménages (une famille de 5 personnes ayant besoin de plus de revenus qu'une famille de 3 par exemple). Ceci permet ensuite de déterminer **le revenu médian**: les ménages se situant en-dessous de 60% de ce revenu sont considérés comme à risque de pauvreté. Dans les trois régions du pays, ce sont les familles monoparentales qui sont les premières à être à

risque avec un taux de 30% en Flandre, 45% en Wallonie et un peu plus de 50% à Bruxelles. Ces chiffres sont très élevés comparés aux familles composées de deux adultes ayant plusieurs enfants, ménages qui rencontrent le moins de difficultés.

Un second indicateur nous est ensuite présenté, celui de la privation matérielle. On s'intéresse ici à l'accès à une série de 9 biens et services :

- un téléphone,
- une télévision,
- un lave-linge,
- une voiture,
- du chauffage,
- la capacité de payer ses factures et son logement dans les temps,



¹ Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique.

² L'IWEPS propose un accès aux différentes données statistiques sur le site: <https://www.iweeps.be>

- une épargne (d'au moins 1000€),
- des protéines tous les 2 jours,
- le fait de pouvoir partir en vacances une semaine par an.

Les ménages sont considérés en déprivation matérielle lorsqu'ils n'ont pas accès à au moins 4 éléments de la liste. Ici encore, les familles monoparentales wallonnes et bruxelloises sont en tête sur le podium du risque avec des taux dépassant les 20%. Cet indicateur est intéressant car il est très représentatif du quotidien de ces familles et des choses auxquelles elles doivent renoncer faute d'argent. Pour plus de la moitié d'entre elles ce sont les vacances et surtout l'épargne qui sont abandonnées en priorité, François Guesquiere précisant qu'on observe souvent des parents se priver et s'endetter pour ne pas « se priver d'activités de famille » comme les vacances par exemple.

Cette privation matérielle touche aussi directement les enfants. Ne pas remplacer les meubles abîmés, les vêtements, les chaussures, ne pas avoir accès à des loisirs ou pouvoir participer à des fêtes sont dans les familles monoparentales, plus que dans les autres, liées à la privation plutôt qu'à d'autres raisons.

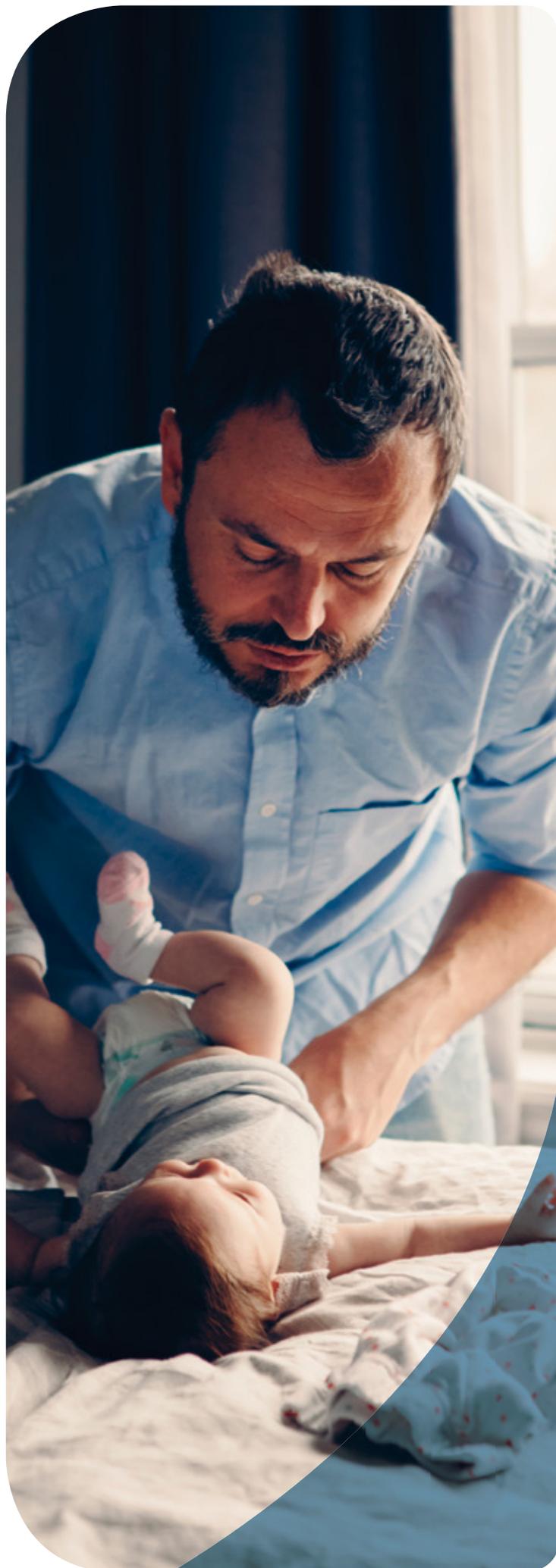
La famille monoparentale comme seule cause d'exposition à la pauvreté ?

Il serait réducteur de s'en tenir à la simple équation « un seul parent = pauvreté » car ce n'est pas uniquement la monoparentalité et la diminution du revenu qui mènent à une situation précaire mais bien l'influence de cette construction familiale sur d'autres déterminants tel que l'emploi. La preuve en est que **le taux d'emploi** chez ces familles (et indépendamment du genre) est de +/- 50% contre 75% pour les couples non mariés avec des enfants... On sait également, autant pour les mères que pour les pères, que plus le nombre d'enfants dans la famille est élevé, moins il y a d'accès à l'emploi. Ceci s'expliquant facilement par la difficulté de faire garder plusieurs enfants pour se rendre au travail.

La recherche s'est également intéressée à la situation des femmes après la séparation du couple. Est-ce une source d'appauvrissement ou au contraire d'enrichissement ? Le résultat est ambivalent. Il mène vers un risque de précarité car la séparation entraîne une diminution des revenus du ménage puisqu'on « enlève » un travailleur mais il peut mener également à un « enrichissement » (toutes proportions gardées) par l'accès à une indépendance financière pas toujours réelle auparavant.

Un parent seul, mais pas que...

En guise de conclusion à son intervention, François Ghesquiere, rappelle avec humour qu'il ne faut pas percevoir la famille monoparentale comme une « cause à éviter ». Comprenez ici, pour éviter la pauvreté, arrêtons de divorcer ! Les études devraient également à l'avenir tenir compte des



nouvelles compositions familiales (recomposition, implication du beau-parent...).

Il ne faut bien évidemment pas garder uniquement une vision trop négative de la monoparentalité car cela permet aussi de fuir des vies de couple/famille difficiles. Rappelons que l'accès au divorce et l'indépendance sont des causes historiquement défendues par les mouvements féministes mais également que la vision que se fait la société de la monoparentalité est influencée par l'image qu'en donne le politique.

Le modèle de la famille monoparentale: évolution et réponse publique



Martin Wagener, docteur en sociologie et professeur à l'université de l'UCLouvain³, prend ensuite la parole. Il a consacré sa thèse⁴ à la question de la monoparentalité et commence par rappeler que, quand on étudie les statistiques, on a une image à un moment

donné, mais pas une idée de l'évolution de ces familles au cours du temps.

Historiquement, dans notre pays et dans bon nombre d'autres pays européens, la « famille classique » (Monsieur, Madame et les enfants) était le schéma traditionnel à suivre. La famille est alors la cellule de solidarité souvent organisée par les femmes. L'individu naissait dans une famille classique, passait dans une seconde par le lien du mariage (le tout sous la gestion du pater familias) suivant ainsi le chemin conventionnel jusqu'à la fin de vie. Ceux et, surtout celles (répondant au doux nom de « fille-mère »), qui s'éloignaient « du droit chemin » par la séparation ou par la conception d'un enfant « hors-mariage » devenaient alors parias de la société. Aujourd'hui les choses ont changé et il est devenu habituel de rencontrer des familles monoparentales. Ce qui est indéniable c'est que l'évolution des familles, des mœurs, et l'évolution des familles monoparentales, va de pair avec l'évolution des droits des femmes et donc les combats féministes de nos grands-mères.

Du point de vue statistique, l'augmentation du nombre de familles monoparentales ne va connaître un ralentissement qu'à partir de 2010, avec toujours une plus grande majorité de femmes seules avec leur(s) enfant(s) que d'hommes.

³ UCLouvain – FOPES et CIRTES.

⁴ Trajectoires de monoparentalité à Bruxelles: Les femmes face aux épreuves de la parentalité – Martin Wagener. Disponible ici: https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A134855/datastream/PDF_01/view



Mais pourquoi? Il est tout d'abord difficile de lire les statistiques liées à la monoparentalité à cause de plusieurs facteurs: les différentes possibilités de gardes partagées, la déclaration fiscale des enfants sur le salaire d'un des parents qui ne représente pas forcément le type de garde... Martin Wagener souligne que, lors des entretiens qualitatifs, il a pu remarquer que souvent, les pères se déclarent comme famille monoparentale (aussi fiscalement, dans un contexte d'inégalité salariale entre hommes et femmes), mais qu'en réalité la charge éducative et organisationnelle des enfants repose sur la mère. Il existe des pères en famille monoparentale exclusive mais le plus souvent dans les cas de veuvage, de toxicomanie ou de problèmes de santé mentale.

Allo, le pouvoir publique ?

En Belgique, la question des familles monoparentales n'a pas été prise en compte dans les politiques publiques avant les années 90. Il faut même attendre 2003 pour voir arriver la **Plateforme fédérale des familles monoparentales** grâce aux mouvements féministes du nord et du sud du pays, des chercheurs et quelques représentants de milieux politiques. En sont ressortis une définition scientifique de la monoparentalité et surtout le constat qu'il existe une multitude de compositions et d'organisations de familles dont le statut de ménage ne peut être la seule définition. Plus simplement, on ne peut pas dire qu'il n'y a qu'une seule forme de famille monoparentale et que seules ces familles sont pauvres, il était donc nécessaire de développer des politiques universelles.

En 2008 est créée la **Plateforme technique de la monoparentalité à Bruxelles** qui fournit dans un premier temps un état des lieux (2009) et ensuite, un livre bleu (2013) basé sur la thèse de Martin Wagener. La question des politiques universelles a alors été remise sur la table. Bien qu'intéressantes, on se rend compte que quand on est trop universel on n'atteint pas les personnes les plus vulnérables



et que pour y arriver il faut adopter des stratégies pour renforcer l'universalisme. Il illustre ceci par l'exemple des crèches bruxelloises où les familles monoparentales ne sont presque pas représentées. À l'inverse, les crèches flamandes ont renforcé volontairement la qualité d'accueil des familles étrangères, pauvres, avec un faible niveau d'éducation mais aussi des familles monoparentales. En quelques années le taux de représentation de ces familles a presque atteint les 20%. Ce qui influence, comme expliqué précédemment, l'accessibilité à l'emploi des parents et donc la qualité de vie.

« Se dire qu'on est égal pour tout le monde, en fin de compte on risque d'être injuste avec les personnes qu'on n'arrive pas à toucher »
- Martin Wagener

Aujourd'hui, le professeur met en avant que les politiques, et plus particulièrement les politiques fédérales, du chômage et de l'accès au CPAS par exemple touchent énormément les familles monoparentales mais ne servent pas pour autant leur cause. À chaque approche d'une période électorale, l'ensemble du monde politique souhaite soutenir ces familles mais pour ce faire il serait nécessaire de globaliser et d'intégrer les publics fragiles dans l'ensemble des programmes...

Pour terminer son exposé, Mr Wagener rappelle combien il est difficile de définir la monoparentalité car il existe autant de familles monoparentales que de familles tout court. Les difficultés qui peuvent être rencontrées dépendent de beaucoup d'éléments: contexte de séparation, lieu de vie des parents, accès à une crèche, organisation de la garde, présence d'un soutien familial ou au contraire stigmatisation (souvent à l'égard des mères, « qu'as-tu fait pour laisser ta famille se détruire? »). À propos du soutien, on observe aujourd'hui, que contrairement à la vieille idée reçue, la solidarité la plus forte ne se trouve plus dans les campagnes pauvres mais bien dans les classes moyennes hautes. Car l'entourage est plus enclin à soutenir ponctuellement la garde d'un enfant quand il peut aussi aller à la crèche que quand il faut assurer 5 jours de garde. D'où l'importance encore plus grande de services publics forts...

Le projet MIRIAM, de l'empowerment au féminin

Cindy Marcelle du CPAS de Charleroi nous présente le *projet Miriam*, développé dans plusieurs CPAS du pays, dont le sien, qui a pour but de fournir un « trajet intensif » d'un an à un public très spécifique, les femmes dans une famille monoparentale, bénéficiant d'un revenu d'intégration (ou équivalent). Le but final est de donner ou de rendre aux mamans la possibilité de prendre leur vie en main et de



Pour en savoir plus...

- ▶ Pour en savoir plus sur le projet Miriam : <https://www.mi-is.be/fr/themes/pauvrete/pauvrete-et-monoparentalite/miriam-1>
- ▶ Pour assister aux prochains SEM'ISS de l'OSH : <https://observatoiresante.hainaut.be/> et Nora Melard – nora.melard@uclouvain.be

décider de leur position dans la société en luttant contre la pauvreté et l'isolement social.

Il s'agit d'un trajet dit intensif car chaque participante est accompagnée par un *case manager* qui joue le rôle de personne de référence, de coordinateur de trajet. Coach, soutien, oreille attentive, conseil bienveillant... les facettes du *case manager* sont multiples pour soutenir, guider et apporter un éclairage différent sur les situations vécues par les usagères. Les mamans rencontrent leur coordinateur au minimum une fois chaque semaine, ce qui permet de créer du lien et de la sécurité mais elles bénéficient aussi de rencontres collectives pour échanger entre elles



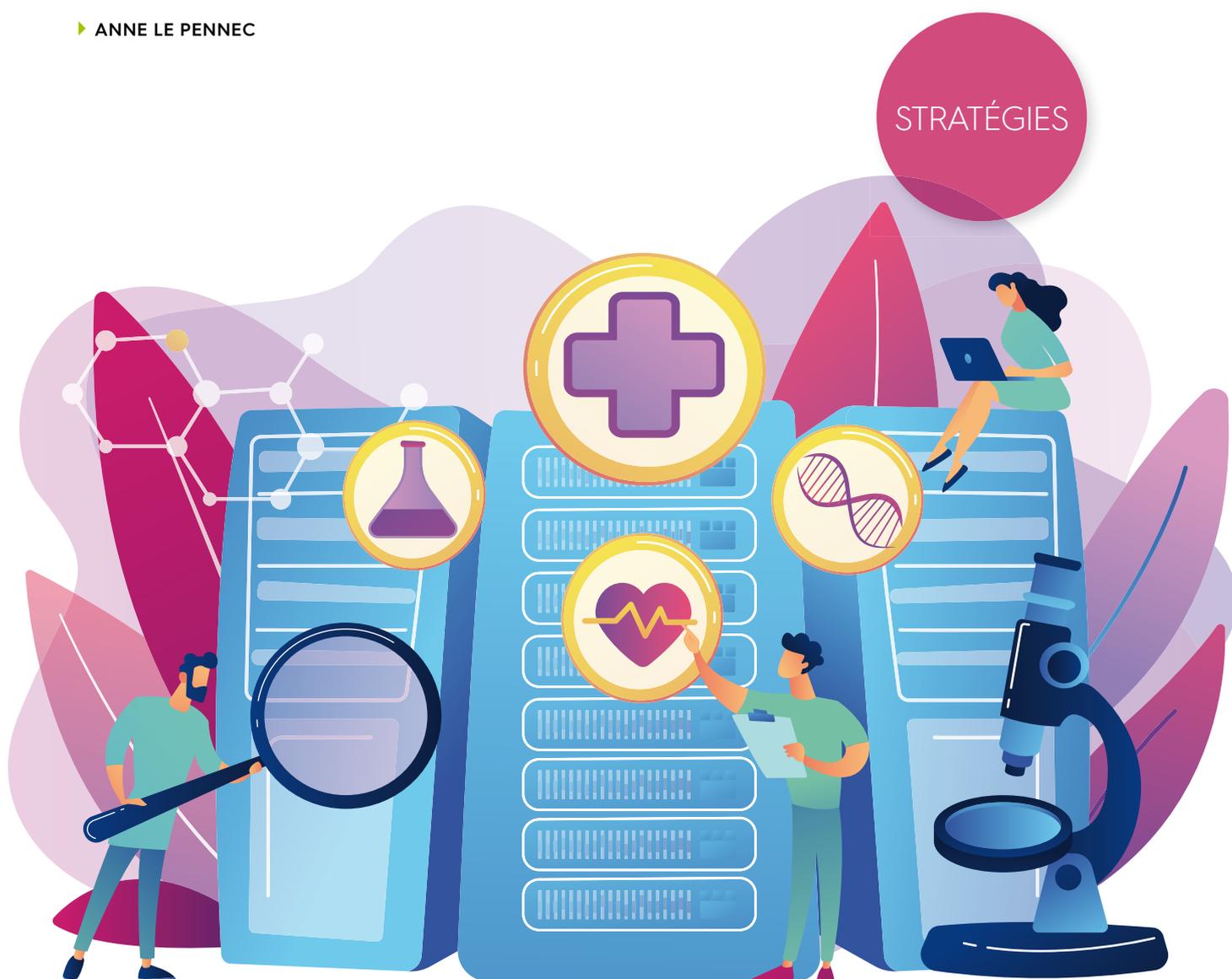
(au moins deux rencontres par mois). En prenant appui sur les questions de genre (qui renvoient aux normes sociales imposées aux femmes) et sur l'empowerment, les femmes et les *case managers* travaillent des points essentiels pour atteindre l'objectif final : l'information, la participation, la connaissance et l'usage de ses droits, l'orientation vers des services d'aide et enfin, la confiance en soi. Ce dernier point est d'autant plus important et symbolique que le projet Miriam s'adresse aux femmes en situation d'isolement majeur, là où l'aide « traditionnelle » ne suffit plus.

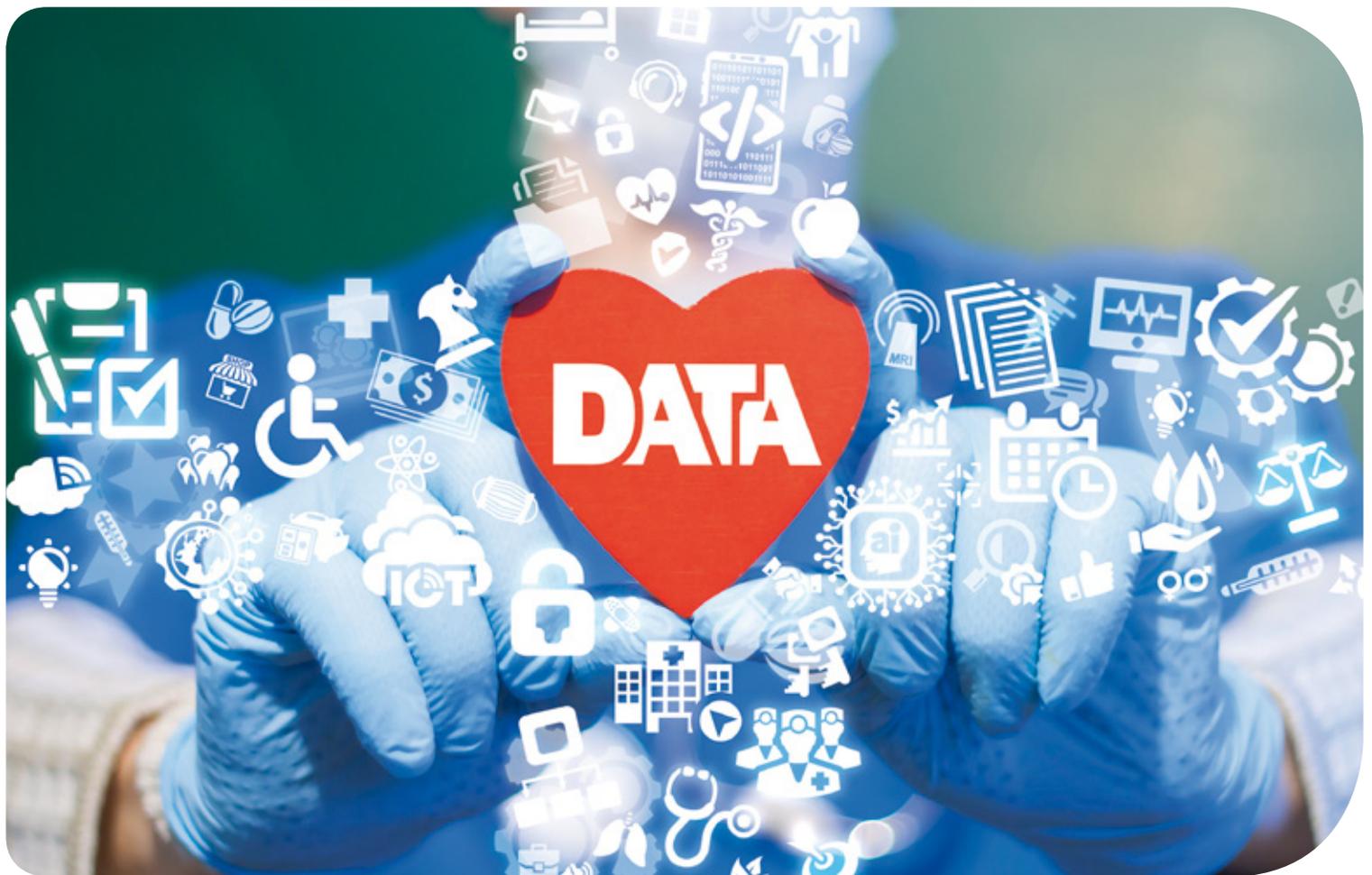
Un accompagnement basé sur le genre et l'empowerment, mais de quoi parlent-elles ? Pour faire simple on pourrait dire qu'elles parlent de tout ! Que ce soit en séance individuelle ou en groupe de parole, l'accompagnement y est holistique. Chaque domaine de la vie des mamans solos est pris en compte dans sa globalité et non comme des « parties » fragmentées de leur vie. Le logement inadapté, l'accès au marché de l'emploi, l'organisation de son quotidien pour intégrer le fait même d'aller travailler, l'image de soi... et tant d'autres sujets qui sont abordés, discutés et parfois résolus en groupe, le collectif étant considéré comme moteur de réussite.

Santé publique : cédera ou cédera pas sous le poids des données massives ?

La santé publique, comme tant d'autres secteurs, est percutée de plein fouet par le phénomène Big data en tous genres qu'il charrie. La médecine, l'épidémiologie ou encore la prévention intègrent bon an mal an ce nouvel outil, la santé publique pourrait bien être en train de changer de visage. Mais alors, est-il possible que nous ne la reconnaissons plus? Cette question était au cœur d'une journée d'échanges organisée par le groupe de recherche DataSanté le 26 avril dernier à Nantes (France), au cours de laquelle sont intervenus une dizaine de chercheurs québécois et français.

► ANNE LE PENNEC





Le Big data désigne les quantités faramineuses de données générées par nos activités numériques. Tellement nombreuses qu'on n'essaie même plus de les compter. À ce stade, il importe plus de savoir quoi en faire. Combien parmi elles sont susceptibles d'être exploitées à des fins sanitaires? Beaucoup assurément, toutes peut-être. Certaines semblent pouvoir servir à mieux dépister une maladie génétique ou à prévoir l'évolution d'une épidémie, d'autres à suivre les effets d'une campagne de prévention ou à influencer les comportements plus ou moins favorables à la santé. Cela n'a pas échappé aux organisateurs de la journée de réflexion intitulée « Données massives et santé publique », membres du programme scientifique DataSanté (voir encadré), qui écrivent : « Les discours favorables des acteurs publics projettent l'élaboration de nouveaux plans de prévention en santé, des traitements mieux ciblés pour les patients et l'ouverture de voies de recherche insoupçonnées en santé publique ». Certes, mais cela ne risque-t-il pas d'ébranler les murs de la santé publique? Si tel est le cas, quel sera son nouveau socle? Ses méthodes et ses pratiques devront-elles être reconfigurées?

Contre les épidémies

Une cinquantaine de personnes sont réunies dans l'amphithéâtre violet et rouge. Lara Houry, de l'Université McGill, vient de présenter le système québécois de col-

lecte de données des infections liées aux soins de santé et de divulgation des informations à la population. C'est au tour du Dr Paul Véron de prendre le micro pour montrer comment le Big data participe à la lutte contre les épidémies. « Jusqu'ici, dit-il, les dispositifs mis en place – obligations vaccinales, mises en quarantaine, messages de prévention, système de déclaration obligatoire de certaines maladies – émanaient de la puissance publique. » Mais alors que des données issues des requêtes des internautes concernant la grippe, des discussions sur les réseaux sociaux ou du trafic aérien sont générées en grand nombre, ceux qui les possèdent commencent à investir ce champ en élaborant des outils d'analyse pour identifier la naissance d'un foyer épidémique ou détecter de nouvelles souches virales en circulation. Le service *Google Flu*, imaginé par le géant de la Silicon Valley en 2008, ne cache pas son ambition de participer au contrôle des épidémies, et plus si affinité (avec les fabricants de vaccins notamment). C'était sans compter les critiques sur son algorithme jugé peu fiable, qui a finalement sonné le glas du service en 2015. Mais la boîte de Pandore est ouverte et il va de soi que d'autres outils du même genre sont soit déjà opérationnels, soit sur les rails.

La médecine prédictive, recto-verso

Avec la mise au point du séquençage haut-débit, la prévention des maladies génétiques, en particulier celles dites

rare en raison de leur faible prévalence (moins d'une personne sur 2000), connaît depuis quelques années des avancées considérables. La composition de tout ou partie du génome devenant accessible, il est désormais possible de rechercher toute une série de variants génétiques et, ce faisant, de mettre à jour pour chaque individu des prédispositions vis-à-vis de cancers, de maladies cardiovasculaires, etc. Est-ce pourtant souhaitable en toutes circonstances ? Rien n'est moins sûr. Le Dr Sandra Mercier, généticienne médicale, rappelle qu'une variation génétique peut être bénigne, voire protectrice. Qui plus est, l'interprétation clinique des données génomiques évolue rapidement et il est certain que les résultats des tests de certains patients changeront avec le temps. Mieux vaut donc appréhender ces tests (pré-conceptionnels ou récréatifs) pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des outils de médecine prédictive à manier avec prudence et éthique, loin de tout « déterminisme génétique », tout en préservant l'autonomie des individus et en respectant le droit de ne pas savoir.

Questions de droit

Sans nier les avancées considérables permises par ces technologies en matière de dépistage et de connaissance des risques, Emmanuelle Rial-Sebbag, directrice de recherche à l'Inserm*, a tenu à souligner la difficile intégration, en France, de la génomique dans le champ de la santé publique. De fait, si l'utilisation de ces données à des fins de dépistage ciblé est autorisée dans ce pays, elle ne l'est pas (encore) pour le dépistage de masse, preuve que les résistances à l'égard des données massives sont fortes, et les représentations quant à leur potentiel de nuisance à l'égard des politiques de santé publique bien vivaces. Pour Ma'n H. Zawati, qui dirige le Centre de génomique et de politiques de l'Université MacGill, la convergence de bases de données génomiques, de réseaux et d'intelligence artificielle devrait bientôt permettre aux médecins de recontacter leurs patients en cas de changement de signification d'un test génétique. « Un devoir de recontacter le patient pourrait exister dans le futur », prévoit-il. Avec quelles conséquences sur la relation médecin-patient et la vie de la personne concernée... ? Voilà la question sur laquelle est restée l'assemblée à la fin de la matinée.

Montrez voir votre panier...

La seconde partie de la journée était consacrée à discuter les nouvelles frontières de la santé publique et plus particulièrement le renouvellement des champs de la nutrition et de l'éducation alimentaire. David Buckeridge, épidémiologiste à l'Université MacGill, a rapporté les résultats d'un travail visant à affiner la connaissance des habitudes de consommation alimentaire de la population à l'échelle d'un bassin de vie à partir des données issues du scan des aliments achetés en magasin et des cartes de fidélité des clients. « La plupart des causes de décès prématurés sont liées à la nutrition, or nous manquons cruellement de données sur ce sujet », a-t-il justifié. Par exemple, les données extraites permettent d'étudier quels produits remplacent

les sodas après une campagne de prévention incitant à en consommer moins. Et de conclure que le facteur limitant pour ce genre d'étude n'est pas de collecter les données, généralement existantes et accessibles (moyennant finances éventuelles), mais bien de posséder les méthodes d'analyse qui souvent manquent encore.

Nouvelle norme ?

L'exposé suivant par Marine Friant-Perrot, juriste à l'Université de Nantes, remettait en cause l'idée selon laquelle les grandes quantités de données disponibles concernant la composition des aliments mais aussi les comportements alimentaires des individus, représentent systématiquement un gain pour la santé et une aide à la décision. Et de relever, d'une part « une surresponsabilité des personnes dans la gestion de leur alimentation et de leur mode de vie, alors que 90% de ce que nous mangeons est déterminé par l'environnement alimentaire », d'autre part « une captation par le secteur marchand du discours nutritionnel et de prévention de l'obésité et du surpoids », avec à la clé la création d'une nouvelle norme alimentaire née dans le giron du Big data. Un constat partagé par Margo Bernelin, juriste elle aussi, dont les travaux sur les textes de loi en lien avec la santé publique indiquent que la collecte de données est devenue une finalité en soi, et non plus un outil au service de la santé publique, et que de grandes entreprises investies dans l'hébergement de données sont entrées dans un rôle d'acteurs normatifs. Pour sûr, la santé publique n'a pas fini de trembler.



DataSanté, kesako ?

Initié en 2017 pour une durée de cinq ans, DataSanté est un programme de recherche visant à étudier les questions - éthiques, juridiques, médicales, mathématiques - soulevées par l'utilisation des données massives dans le champ de la santé et l'émergence de la médecine personnalisée. Soutenu par l'Université de Nantes et la Région des Pays de la Loire, il s'appuie sur un réseau interdisciplinaire d'une cinquantaine d'experts en recherche biomédicale (juristes, philosophes, médecins, bio-informaticiens, etc.) De la construction des données aux transformations de la médecine en passant par la mise au point des algorithmes, leurs travaux couvrent tout le spectre de la transformation à l'œuvre. Colloques et ateliers sont régulièrement organisés pour partager et faire avancer les réflexions. Leurs contenus, ainsi qu'une série de vidéos à caractère pédagogique, sont consultables en ligne :

<https://www.data-sante.fr/portail-video/>

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

