



Accompagner le choix de l'allaitement maternel

« *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité* »

Santé mentale :
aller à la rencontre des sans-abri

Jean-Pierre Poulain :
« déconstruire les représentations de l'obésité »

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
<dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et
Nathalie Houzelle
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<ericlegrand35@orange.fr>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
Études/Enquêtes : **François Beck**
<francois.beck@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aïna (INPES), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Soraya Berichi** (Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, Haut Commissaire à la jeunesse), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Dr Julien Emmanuelli** (Mildt), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Girardo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Philippe Guilbert** (INPES), **Zoé Héritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Menard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0711B06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 3^e trimestre 2010.
Tirage : 6 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



52 pages d'analyses et de témoignages

Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet

À partir du n° 405 (janvier-février 2010), tout nouveau numéro publié est désormais intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'INPES :
www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

- La revue : présentation, contacts
- Les sommaires : numéros parus et index depuis 1999
- Les articles en ligne : depuis 2003, 3 à 10 articles accessibles en ligne, par numéro
- Et prochainement : l'intégralité des articles publiés depuis 2000.



À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

► QUALITÉ DE VIE

« Prendre en compte les déterminants socio-économiques pour réduire les inégalités »

Entretien avec Thierry Lang 4

Risques au travail : enquête auprès des actifs

Sandrine Sabre, Cédric Suriré 8

« Nous travaillons avec les sans-abri pour qu'ils se reconnectent à leur propre histoire »

Entretien avec Vincent Girard 11

Encadré : Les femmes à la rue :

entre silence, honte et violences 14

Dossier

Accompagner le choix de l'allaitement maternel

Introduction

Carolina Belomo de Souza, Marie-José Moquet . . 15

État des connaissances

Approche sociologique de l'allaitement maternel en France

Séverine Gojard 17

La situation de l'allaitement maternel en France

Marc Pilliot 19

Les bénéfices santé de l'allaitement

Dominique Turck 21

Allaiter ou pas : accompagner le choix des mères

Amélie Chantraine 23

État des pratiques en France

Maternité de Lons-le-Saunier : deux heures peau à peau pour « entrer dans la vie »

Francis Schwetterlé 26

Allaiter ou pas ? Témoignages croisés

Propos recueillis par Denis Dangaix 29

Droit d'allaitement sur le lieu de travail : peu adapté, peu pratiqué

Carolina Belomo de Souza 30

« Initiative hôpitaux amis des bébés » : pour la qualité des soins en maternité

Marie-Claude Marchand, Claire Laurent, Kristina Lofgren 32

À l'étranger

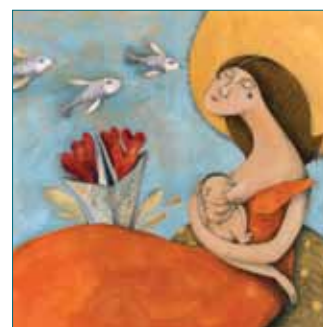
Politique publique de soutien à l'allaitement maternel : l'expérience du Brésil

Carolina Belomo de Souza, Lilian Córdova do Espírito Santo, Elsa Regina Justo Giugliani 34

Pour en savoir plus

Laëtitia Haroutunian, Céline Deroche 37

Illustrations : Francesca Carabelli



► QUALITÉ DE VIE

Santé et travail : un centre téléphonique d'appel pour prévenir l'exclusion professionnelle

Mireille Surquin, Anne Chatfield 39

« L'obésité a des causes sociales et culturelles multiples »

Entretien avec Jean-Pierre Poulain 41

► AIDE À L'ACTION

Enquête auprès des jeunes sur l'alcoolisation excessive

Thierry Morel 43

► ENQUÊTE

Comportements alimentaires : des hédonistes aux mangeurs « pratiques »

Hélène Escalon, Jean-Louis Lambert, François Beck 45

► LECTURES

Laurence Auvray, Céline Deroche, Laëtitia Haroutunian 48

Entretien avec Thierry Lang, chercheur épidémiologiste, auteur du rapport du HCSP¹ sur les inégalités sociales de santé

« Prendre en compte les déterminants socio-économiques pour réduire les inégalités »

Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité ; pour les réduire, il faut travailler sur les grands « déterminants » socio-économiques que sont l'éducation, le logement, l'emploi et les conditions de travail, les transports, la fiscalité. C'est l'une des recommandations fortes du groupe d'experts dirigé par le professeur Thierry Lang², qui a rédigé le rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), publié en novembre 2009.



© Jacques Lorc/Photostop

La Santé de l'homme : Comment caractériser les inégalités de santé que vous avez observées en France ?

Thierry Lang : Un paradoxe mais qui n'est qu'apparent : la France est l'un des pays au monde où l'espérance de vie a fortement progressé et est la plus longue, et où, en parallèle, la mortalité a fortement reculé au cours des dernières décennies. Un bilan donc plutôt satisfaisant mais, dans le même temps, et alors que c'est l'un des objectifs du système de santé, les inégalités ne se

sont pas réduites et se sont même aggravées. En d'autres termes, la situation s'améliore globalement mais les écarts se sont creusés entre groupes sociaux. Les inégalités de mortalité se sont accrues en particulier chez les hommes.

La France est l'un des pays d'Europe de l'Ouest où les inégalités sont les plus fortes. De ce point de vue, la situation est donc préoccupante. Si nous ne nous donnons pas comme objectif explicite la réduction des inégalités – comme nous nous sommes donné pour objectif

l'amélioration de l'état de santé moyen de la population – alors les inégalités vont continuer de croître.

S. H. : Quels déterminants fondent ces inégalités ?

L'espérance de vie et la mortalité ne sont que partiellement liées à l'efficacité du système de soins. Ce qui explique les inégalités est le fait que la France, d'un côté, dispose d'un système de soins globalement de bon niveau, qui a une influence positive sur le niveau de mortalité et d'espérance de vie, mais, de l'autre, les déterminants socio-économiques – logement, éducation, emploi, transports, fiscalité, etc. – pèsent extrêmement lourd pour façonner l'état de santé de la population. Ce sont ces déterminants qui expliquent globalement les résultats défavorables de la France pour les inégalités sociales de santé.

S. H. : Comment s'y prendre pour tenter de les réduire ?

En premier lieu, surtout ne pas opposer différentes approches, à savoir d'une part l'urgence de la lutte contre la pauvreté et la précarité, qui est relativement ancienne dans notre pays, et d'autre part, les politiques et actions à

plus long terme, car bien sûr, les deux sont étroitement liées. Ainsi, une partie de la population est en situation d'exclusion après un parcours de précarisation. Il ne faut pas passer d'une approche à l'autre, c'est sur ces deux fronts qu'il convient d'agir. Si l'on veut réduire les inégalités, il faut donc travailler sur ces déterminants socio-économiques en mettant en œuvre des politiques sur le long terme, qu'il faut repenser et qui interrogent notre façon de vivre ensemble. Si l'on prend, par exemple, l'obésité infantile, c'est bien sur le long terme qu'il convient de penser et d'agir : les inégalités de répartition de l'obésité dans la population sont bien connues, or elles préparent les inégalités sociales de santé qui surviendront dans vingt, trente ou quarante ans. Il faut donc travailler dès aujourd'hui sur ce que seront les inégalités sociales de santé de demain. Ceci ne veut surtout pas dire qu'il ne faut plus lancer de programmes ni d'actions à court terme, mais qu'il ne faut pas opposer le court terme de l'urgence aux moyen et long termes, et donc bien

mettre en chantier tous ces programmes de manière simultanée.

S. H. : Quelles sont les principales causes des inégalités sociales de santé ?

Schématiquement, deux types de causes – fondamentales et proximales – alimentent les inégalités. La France réfléchit et travaille surtout sur le proximal, au sens proche du moment où l'état de santé s'est dégradé : soins, urgence et prévention via les modifications des comportements individuels. Dans notre rapport, nous soulignons l'importance des causes fondamentales et invitons à une réflexion davantage en amont, qui prend en compte le fait que ces comportements individuels n'interviennent pas dans une apesanteur sociale. Les individus vivent dans un contexte... Bien entendu, ils font des choix mais ces choix sont largement conditionnés par l'environnement dans lequel ils vivent. Les causes les plus fondamentales sont l'éducation, le niveau d'études, la capacité de maîtrise de sa

vie par la confiance et l'estime de soi. Si l'on prend l'exemple de la politique de l'éducation, là encore les inégalités sont fortes et ont tendance à se creuser, tout comme en matière de santé. La réduction des inégalités passe notamment par une réforme ou une refonte des systèmes de santé et d'éducation.

S. H. : Vous écrivez que les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité et sont inacceptables : quel regard porte-t-on globalement sur ces inégalités ?

Les inégalités sont effectivement souvent regardées comme une fatalité. La réalité est que nous les connaissons depuis les années 1960, date des grands travaux scientifiques qui ont permis de les identifier très précisément. Depuis cinquante ans donc, nous disposons en France de statistiques précises informant sur ces différences d'espérance de vie entre les catégories sociales. Mais globalement, on s'est contenté de les observer ; la France a d'ailleurs longtemps été classée – par une équipe de chercheurs britanniques spécialistes du sujet – comme « précontemplative » (absence de réflexion sur la question). Et depuis moins d'une décennie, elle est passée dans la catégorie supérieure « contemplative » (on a les statistiques, on commence à en parler mais on n'en est pas encore au stade de l'action organisée).

Nous avons à dessein utilisé le terme « inacceptables » pour qualifier ces inégalités : en moyenne, les ouvriers meurent sept ans plus tôt que les cadres. Et ils subissent une double peine. Outre ce différentiel sur l'espérance de vie, si l'on observe leur niveau d'espérance de vie « sans incapacité », comme l'ont montré les travaux de la chercheuse Emmanuelle Cambois, il y a, à 35 ans, dix ans d'écart d'espérance de vie sans incapacité entre l'ouvrier et le cadre. La situation est inacceptable si l'on considère la question du point de vue des droits de l'homme : la santé est en effet un droit primaire et primordial pour tous ; or, actuellement, ce droit n'est pas partagé équitablement.

S. H. : Quelles sont les principales recommandations que votre collectif d'experts formule dans ce rapport ?

- En tout premier lieu, constater l'existence de ces inégalités, se fixer très clairement au niveau national cet

Obésité des enfants : quelles conséquences et comment agir ?

L'une des recommandations du rapport du Haut Conseil de la santé publique est d'« articuler les politiques de long, moyen terme et de "rattrapage" – Articuler et coordonner les politiques nationales et locales. » À l'appui, le groupe d'experts présente plusieurs exemples de thèmes d'intervention pour illustrer cette articulation à court, moyen et long termes. Extrait :

« Une priorité de plan de réduction des inégalités sociales de santé : la santé des enfants. L'obésité de l'enfant est très socialement marquée, avec une prévalence plus élevée chez les enfants issus de catégories sociales défavorisées. Il s'agit indiscutablement d'inégalités, tant il serait vain d'évoquer la responsabilité individuelle d'enfants de 6 ou 7 ans.

On sait que de graves inégalités de santé découleront dans quelques décennies de ces inégalités d'aujourd'hui.

Développer un programme de réduction des inégalités sociales dans ce domaine est une intervention de santé publique qui portera ses fruits dans quelques dizaines d'années. En son absence, ce sont les inégalités de complications du diabète qui témoigneront ultérieurement de cette absence de politique.

Pour avoir un effet à long terme, les résultats de cette intervention ne sont pas impossibles à évaluer dans l'immédiat, sur la base d'un critère intermédiaire simple, la mesure de l'obésité de l'enfant.

Les bénéfices de tels programmes portent sur la santé mais aussi sur la réussite scolaire et universitaire à laquelle la santé est un facteur contributif.

Le Haut Conseil de la santé publique recommande de :

- maintenir au sein des établissements, et durant le cursus éducatif, les procédures actuelles de surveillance de la santé des jeunes, de développer l'accompagnement et l'orientation des situations difficiles ainsi que les actions de prévention ;
- mettre en place des politiques publiques qui visent à réduire les inégalités sociales des déterminants de la santé et leurs conséquences, particulièrement auprès des enfants et des jeunes : accès à l'éducation et à l'école, travail, emploi, transport, habitat, environnement, pauvreté, citoyenneté. »

objectif de réduction des inégalités, l'inscrire en tant que tel dans notre système de santé. Ne plus penser que l'amélioration globale de la santé de la population va, comme une sorte d'effet secondaire mécanique, réduire forcément ces inégalités.

- Si l'on veut progresser, il nous faut des indicateurs, donc se doter de ces indicateurs car nous en avons actuellement très peu en France.
- Outre le développement de la recherche et de la connaissance, s'interroger systématiquement dans l'avenir sur les conséquences qu'aura toute

décision réglementaire ou d'aménagement du territoire sur la santé et les inégalités, c'est toute la logique des « évaluations d'impact » que nous promouvons dans notre rapport : une telle approche, très pédagogique, place la santé au cœur de toutes les décisions, de toutes les politiques ;

- Mettre en place des actions « positives » : si l'on prend l'exemple du système de soins, qui n'est d'ailleurs pas le seul en cause, son objectif est de délivrer des soins de qualité mais pas d'en faire « un peu plus » pour ceux qui sont dans un état de santé plus défavorable, pas

non plus de mettre en place des dispositifs qui vont tenter de réduire les écarts. En résumé, il convient de repenser les dispositifs actuels ou de développer des interventions nouvelles qui sont en mesure de corriger ces inégalités, donc d'en faire plus pour les personnes ou les territoires en difficulté.

S. H. : Ne faut-il pas un travail d'explication auprès du grand public mais aussi des professionnels ?

Informé le public, bien sûr, mais aussi les professionnels est tout à fait

Inégalités : les recommandations du rapport Lang

Afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé

1. Insérer dans la loi de santé publique un objectif de réduction des inégalités sociales de santé visant explicitement le gradient social des états de santé.

Objectif général : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Objectifs spécifiques : réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé ; réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins.

2. Suivre des indicateurs synthétiques en lien avec cet objectif :

- espérance de vie par catégorie socio-économique ;
- mortalité prématurée (avant 65 ans), par catégorie socio-économique ;
- espérance de vie avec et sans incapacité, par catégorie socio-économique ;
- renoncements aux soins pour raison financière, par catégorie socio-économique.

Ces indicateurs seront déclinés par zones géographiques, avec une vigilance particulière pour les départements et collectivités d'outre-mer.

3. Intégrer les inégalités sociales de santé dans le suivi des objectifs et des indicateurs inscrits dans la loi de santé publique.

Se donner les moyens de mesurer les évolutions

4. Produire de façon régulière un bilan des données sur les inégalités sociales de santé en France :

- en suivant les évolutions non seulement en moyenne mais également en dispersion ;
- en passant de la recherche à la production régulière de données statistiques : production annuelle d'indicateurs en lien avec l'objectif de la loi de santé publique ; publication de façon régulière, au minimum tous les cinq ans, d'un rapport de synthèse des données disponibles sur les inégalités sociales de santé ;
- en enrichissant le contenu des sources de données sur les inégalités sociales de santé.

5. Développer la production de données à des échelles géographiques fines tout en veillant à la comparabilité nationale et internationale des mesures et indicateurs :

- en favorisant la production de données à un niveau géographique fin ;
- en développant un indicateur pour suivre le lien entre développement territorial et santé ;
- en assurant une coordination des mesures régionales pour assurer la cohérence nationale et les comparaisons dans le temps et dans l'espace.

6. Développer des indicateurs de mesure de l'accès primaire et secondaire aux soins en utilisant les indicateurs d'accès primaire et secondaire aux soins pour les certifications et les accréditations d'établissements.

Mettre en place des interventions et des politiques publiques

7. Développer et évaluer l'impact *a priori* des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé au niveau national et au niveau territorial.

8. Articuler politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » ; articuler et coordonner politiques nationales et locales en mettant en place, comme cela a été fait dans certains pays étrangers, notamment en Grande-Bretagne, de véritables plans stratégiques pour atteindre les objectifs.

9. Former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé.

10. Développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population en incitant le système de santé à être proactif et à sortir d'une logique d'offre, et en suivant les évolutions du financement de l'accès aux soins et ses conséquences.

Accroître certains efforts en recherche

11. Favoriser une recherche interdisciplinaire sur les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé et une approche par les déterminants sociaux de la santé plus que par maladies.

12. Étudier le rôle des différentes discriminations sur la santé.

13. Développer les méthodes d'évaluation des interventions dans le domaine des inégalités sociales de santé, qu'il s'agisse des évaluations *a priori* ou *a posteriori*.

Concrétiser la volonté de réduire les inégalités sociales de santé

14. Insérer la France dans les travaux internationaux sur les inégalités sociales de santé.

15. Mettre en place un lieu d'expertise et de coordination de cet objectif de la loi.

16. Introduire la réduction des inégalités sociales de santé au cœur du développement durable des territoires en incluant la santé dans le diagnostic territorial partagé réalisé pour le programme Agenda 21, les Ateliers santé ville, les villes santé OMS ainsi que dans les projets territoriaux de développement durable.

fondamental : nous devons contribuer à changer, à élargir leur regard sur les facteurs qui dégradent la santé. Car, si les professionnels de santé ont une vision très biomédicale des fondements de ces inégalités, c'est cette vision qui va continuer de prévaloir. Il faut donc les former à une vision des déterminants de santé plus large que celle actuellement enseignée dans les facultés de médecine. C'est un travail de pédagogie très important à entreprendre.

S. H. : Avez-vous bon espoir que vos recommandations soient prises en compte ?

Je l'espère : les inégalités sont désormais inscrites sur l'agenda politique³ et nous travaillons en lien avec la Direction générale de la Santé (DGS) et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). En complément, le groupe « inégalités » qui a produit ce rapport au sein du Haut Conseil de la santé publique poursuit son travail, et l'un de ses grands objectifs est de continuer à tisser des liens entre, d'une part la recherche, d'autre part les milieux décisionnels. Pour conclure, je souligne un signe encourageant : la France, jusqu'alors peu présente dans les instances européennes et internationales sur cette question des inégalités, fait partie d'une action conjointe européenne et participe aux deux groupes de travail mis en place dans ce cadre. C'est une très bonne nouvelle.

Propos recueillis par **Yves Géry**

1. Rapport du Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : HCSP, Avis et rapports, décembre 2009 : 101 p. En ligne : http://www.bcspr.fr/explore.cgi/bcspr20091112_inegalites.pdf
 2. Professeur, faculté de médecine Toulouse-Purpan, responsable équipe Inserm 558, directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iferiss), Toulouse.
 3. Clôturant un colloque sur les inégalités sociales de santé qui s'est tenu à Paris le 14 janvier 2010, à l'initiative de la direction générale de la Santé (DGS), de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) et du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, a indiqué que les objectifs de la prochaine loi de santé publique devront intégrer la nécessité de réduire les inégalités sociales de santé en modifiant les déterminants de l'accès aux soins, à la prévention et au dépistage. Par ailleurs, en avril 2010, la ministre a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) une mission sur ce même sujet ainsi libellée : « Agir sur les déterminants de santé, réduire les inégalités sociales de santé ». Ces travaux contribueront au projet de loi relatif à la santé publique qui doit être élaboré d'ici la fin 2010.

Agora

Débats/jeunesses n° 54

Jeunes & santé : entres actions publiques et comportements individuels

La double entrée choisie dans ce dossier, qui aborde la question sous l'angle à la fois des actions publiques et des comportements des jeunes, souligne le caractère social des comportements de santé. Cela invite ainsi à s'interroger sur l'adaptation des services de santé (soins, prévention, etc.) à la multiplicité des situations vécues par les jeunes en matière de santé, y compris à un niveau individuel et local.



SOMMAIRE

- Pour une analyse de la transition entre enfance et adolescence. Regard parental sur la puberté et transformation des pratiques éducatives, *Aurélia Mardon*
- L'autonomisation des jeunes souffrant de troubles psychiques. Définir les relations d'interdépendance familiales, *Audrey Parron*

DOSSIER

Jeunes & santé : entre actions publiques et comportements individuels
 Dossier coordonné par Yaëlle Amsellem-Mainguy et Patricia Loncle

- Introduction, *Yaëlle Amsellem-Mainguy, Patricia Loncle*
- Famille et école : un partenariat éducatif ? La prévention des conduites à risque juvéniles en milieu scolaire vue par les familles, *Marie-Clémence Le Pape*
- Quand la santé des jeunes m'était contée ! La jeunesse dans la revue *La Santé de l'homme*, *Éric Le Grand*
- Les collectivités locales et la santé des jeunes. Quel engagement à partir des compétences décentralisées ? *Lise Monneraud*
- « Jeunes en errance ». Les effets pervers d'une prise en charge adaptée, *Céline Rothé*
- Les jeunes Réunionnais et la santé. Transmission des savoirs liée à la maladie, *Caroline Giacomoni*
- Usage de drogues en milieu festif. Rapport au risque et définition de la santé chez les jeunes consommateurs, *Nicolas Ducournau*
- Alcool, tabac, cannabis : les drogues à 17 ans, synthèse réalisée par *Stanislas Spilka, François Beck, Stéphane Legleye*,

POUR COMMANDER CET OUVRAGE

Ouvrage disponible en librairie ou à commander à l'INJEP au prix de 14 euros (+ frais de port), INJEP - 95, avenue de France - 75650 Paris Cedex 13
 Tél. : 01 70 98 94 35 - Courriel : publications@injep.fr
 Site : www.agora.injep.fr

Risques au travail : enquête auprès des actifs

Comment les travailleurs se comportent-ils face aux risques professionnels ? Dans quelles conditions se voient-ils reconnaître une pathologie professionnelle ? Un groupe de chercheurs – médecin et socio-anthropologues – a interrogé cent actifs exerçant dans des secteurs comportant des risques professionnels (automobile, nucléaire et industrie pharmaceutique). Il en ressort notamment que l'individualisation des tâches fragilise la prévention et la protection de la santé au travail.

Chez les actifs exposés à des risques dans leur exercice professionnel, comment se forment les perceptions et les représentations des risques ? Quelles sont les attitudes et pratiques de prévention des ouvriers face à ces risques ? Lorsqu'une maladie survient, quelles sont les conditions de déclaration et de reconnaissance de la pathologie professionnelle ? Comment ce processus est-il vécu par la victime et quels obstacles doit-elle surmonter ? Nous avons réalisé, entre 2008 et 2010, pour l'Institut national du cancer (INCa) et l'Association pour la recherche sur le cancer (Arc)¹, une recherche socio-anthropologique sous forme d'une centaine d'entretiens auprès de salariés exposés aux fibres de substitution à l'amiante dans une entreprise de sous-traitance automobile, de salariés sous-traitants du nucléaire et auprès de salariés exposés aux agents chimiques CMR (cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques) dans l'industrie pharmaceutique².

Pratiques de prévention et représentations des risques

Ces entretiens nous ont permis de dresser le constat suivant :

- les relations entre les travailleurs permanents et précaires sont le plus souvent difficiles : l'intensification du travail, le *turn-over* des intérimaires participent de la dissolution des anciennes identités collectives et des savoirs relatifs à la protection de la santé. La précarisation des collectifs de travail empêche, par exemple, la trans-

mission des savoir-faire et des savoirs concernant les conduites de prudence au travail. Les manquements à la sécurité et au bon fonctionnement des procédures de protection de l'intégrité physique des salariés sont aussi renforcés et entretenus par une individualisation massive et croissante des tâches qui découle de la dissolution des collectifs de travail. Cela engendre des modes d'adaptabilité et de mobilité très rapides qui placent au second plan la nécessité de protéger la santé des salariés ;

- les salariés sous contrats précaires développent des pratiques zélées dans leur travail, qui renvoient à leur expérience de la précarité : l'individualisation des situations, associée à la peur du lendemain, engendre des rapports concurrentiels entre les ouvriers qui ne peuvent que les fragiliser davantage ; ceci a pour conséquence une acceptation des conditions de travail, pourvu que cela n'empiète pas sur leur statut, leurs acquis, leur position ;

- cette censure des risques qui renvoie à un déni de la réalité est renforcée par l'inexistence et l'incohérence des formations et des informations relatives aux mesures d'hygiène et de sécurité les plus élémentaires dans la très grande majorité des usines dans lesquelles travaillaient les actifs que nous avons interrogés. Les entretiens montrent que des mesures de prévention ont été mises en place mais qu'elles sont rendues inopérantes par les impé-

ratifs de production qui exigent rapidité et qualité totale, et qui propulsent les travailleurs au sein de parcours professionnels où la mise en péril de la santé semble très difficilement évitable à moins de perdre son emploi, d'être stigmatisé ;

- les mécanismes de protection des travailleurs paraissent, selon les propos recueillis, encastrés dans des processus de production qui rationalisent si fortement l'organisation du travail et la prévention des risques inscrits dans les tâches effectuées, qu'elle finit par engendrer une dénégaration des risques au point d'en arriver à ce que Ivan Illich appelait un effet contre-productif propre aux institutions modernes, un outil non convivial. C'est ainsi que nous avons pu observer que, même lorsque les ouvriers ont des protections individuelles à disposition, ils ne s'en servent pas ou, s'ils y recourent, c'est selon une représentation du danger disparate d'un salarié à l'autre.

Déclaration et reconnaissance d'une maladie professionnelle

Les entretiens montrent que le processus de déclaration et de reconnaissance d'une maladie professionnelle n'est pas homogène. Ils révèlent fortement l'importance de la démarche associative pour que ce qui est vécu comme une « épreuve personnelle de milieu », c'est-à-dire une maladie honteuse, culpabilisante, ou appréhendée comme un « enjeu collectif de structure sociale », c'est-à-dire comme un événe-

ment dont la victime n'est pas responsable mais qui est le produit de choix sociétaux. Ainsi, on voit dans le cadre des victimes de l'amiante ou des radiations ionisantes, que la constitution d'associations de victimes est le point de départ pour la démarche de déclaration d'une maladie professionnelle, que ces associations assurent le parcours des dossiers jusqu'à la reconnaissance, parcours dont les victimes nous assurent qu'elles n'auraient pu le mener seules. Ainsi, certains travailleurs ont repris les démarches de reconnaissance de pathologies en maladies professionnelles, accompagnés par les associations, alors qu'ils avaient échoué ou renoncé plusieurs années auparavant, en soulignant le manque d'accompagnement par la médecine du travail, voire la perte ou la dissimulation de dossiers importants pour les démarches administratives, le manque d'implication des structures syndicales sur la question de reconnaissance des pathologies pour les travailleurs sous-traitants, la très restrictive reconnaissance de pathologies liées à la gestion des maladies professionnelles basée sur les tableaux de maladies professionnelles établis par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale. Cela nous renvoie d'ailleurs aux questionnements d'Annie Thébaud-Mony sur les pratiques sociales de ces institutions et le décalage entre le droit et les marges de manœuvre pour en assurer l'effectivité dans le cadre des relations de sous-traitance, en particulier dans le contexte des cascades de sous-traitance (1).

Il existe un décalage entre ce que dit la loi et le vécu des victimes : alors que dans le système de réparation, la loi dispense la victime de la charge de la preuve dès lors que sa maladie remplit les conditions de prise en charge d'un tableau, les entretiens indiquent que les victimes doivent sans cesse apporter les preuves de leur bonne foi, sans pour autant que ces preuves soient réellement prises en compte par l'expert chargé de statuer sur le caractère professionnel de la maladie et, le cas échéant, sur le taux d'incapacité permanente. De plus, les délais de latence entre exposition et déclaration d'une maladie rendent obsolète une action du système de réparation en faveur de mesures de prévention puisque le mal est déjà fait lorsqu'on en prend acte.



© Alain Le Boy/Photostop

Le retour du code de l'honneur ?

L'approfondissement de ces questions nécessiterait de pouvoir restituer, sous la forme de récits de vie étayés, la diversité des parcours psychiques de ces travailleurs que l'on a trop souvent tendance à réduire à la seule position de victimes qu'elles sont indéniablement. Ainsi, comme l'a récemment montré l'ouvrage d'Élisabeth Filhol (2), c'est au sein de trajectoires complexes où alternent formes de solitude, éloignement de la famille, domiciliations épisodiques, relations sociales et volonté d'en découdre avec le risque, que se construisent les subjectivités d'une partie de ces travailleurs. On découvrirait alors que l'on n'a pas seulement affaire à des hommes défaits, mais aussi à une étonnante actualisation – chez certains d'entre eux tout du moins et sous une forme pathologique – d'une sorte de « code de l'honneur » que l'on croyait naïvement révolu et définitivement attaché aux cultures ouvrières traditionnelles.

Notre enquête a permis de mettre en lumière la compréhension de quelques-uns de ces écarts, qu'ils concernent le volet de la prévention ou celui de la réparation, du point de vue des salariés et des victimes. Ce travail dresse une première critique objective de la politique de prévention du point de vue du salarié en situation de travail. Mais il ne nous permet pas d'appréhender de manière exhaustive les difficultés à mettre en place un système de prévention qui soit efficace sur le terrain. Ces résultats mériteraient donc d'être com-

plétés du point de vue des acteurs chargés de la protection de la santé au travail (entrepreneurs et cadres responsables de l'hygiène et de la sécurité chargés de l'application des mesures de prévention), d'une part, et des acteurs chargés de statuer sur le caractère professionnel d'une maladie, d'autre part, ceci afin de confronter deux discours, deux savoirs : le savoir profane et le savoir savant.

Servitude volontaire

Nos entretiens tendent par ailleurs à montrer qu'il existe parfois un consensus sous la forme d'une sorte d'acceptation de la situation, de consentement, de servitude volontaire, qui se structure autour de trajectoires spécifiques. Ces éléments nous conduisent à dépasser une approche trop réductrice qui aurait tendance à restreindre le champ des problèmes et de l'analyse à deux catégories d'individus : les exploitants/donneurs d'ordres et les exécutants/salariés. Car même si l'analyse qualitative permet d'accéder à des éléments de compréhension sur les manquements à la protection de la part des salariés, et pour reprendre l'analyse de Jean-Pierre Legoff (3), nous émettons l'hypothèse qu'en deçà des coûts supportés et subis par la victime de risques professionnels encourus, cette dernière retire des bénéfices secondaires à travailler au sein d'une entreprise à risque qui font que la victime n'est pas qu'une victime et que les donneurs d'ordre ne sont pas que des donneurs d'ordre, mais qu'il existe tout un consensus qui fait qu'une industrie à risque peut fonctionner dans les formes actuelles de production similaires à celles que

Françoise Zonabend avait évoquées dès 1989 (4). Autrement dit, travailler, avec les risques nucléaires par exemple, peut faire émerger des formes de virilité au travail, synonymes de prises de risque capables de redonner du sens et une certaine position sociale, pour des personnes confrontées quotidiennement à des travaux à risque ou à des organisations du travail pathogènes. On retrouve alors ce que Frédéric Lemarchand (5) appelle une défiance active qui regroupe les stratégies d'évitement et de refus d'affronter la réalité. Cela aboutit souvent à la production d'un bouc émissaire et/ou au déni du danger (par exemple si l'amiante était dangereuse pour ma santé, je le sentais). Cette attitude vise à reconstruire une réalité acceptable des risques en déconstruisant une situation jugée inacceptable. Travailler avec des risques peut ainsi devenir une occasion de réintroduire de la culture de métier autour d'un risque dénié et ainsi rendre possible la construction de valeurs salariales, là où la culture d'entreprise et la société dans son ensemble tendent à effacer ces dernières. C'est d'ailleurs ce qu'Yves Dupont décelait lorsqu'il évoquait les rituels de forfanterie chez certains individus exposés aux risques (6).

Des inégalités très fortes

Cependant, même si le tissu associatif reste le support principal de la reconnaissance des maladies professionnelles, aussi bien pour les industries nucléaires, de l'amiante ou de la production pharmaceutique, les entretiens montrent d'une manière plus globale une difficulté abyssale à penser le travail, les risques qui y sont rattachés et les solutions concrètes pour protéger la vie de ceux qui exécutent tous les jours les tâches à risques. Le déni du risque est une réalité, y compris du côté de l'actif. Et les conditions de travail construisent des inégalités très importantes face aux maladies professionnelles. Face à ce constat, nous souhaitons dorénavant poursuivre nos investigations³ auprès des entrepreneurs et des cadres responsables de l'hygiène et de la sécurité, chargés de l'application des mesures de prévention et qui peuvent être confrontés aux réticences des salariés d'une part, et à la difficulté du respect des lois en matière de prévention au regard du processus de production et des matériaux utilisés, d'autre part. De même,

concernant la prise en charge des cancers professionnels et leur sous-déclaration, il nous semblerait intéressant d'approfondir les questions posées par nos résultats d'entretiens, en particulier la question de la rupture de confiance entre la victime potentielle et les praticiens chargés de statuer sur le caractère professionnel de la maladie, afin de voir si ce processus de méfiance, de rupture de confiance, joue un rôle dans la sous-déclaration des maladies professionnelles.

Sandrine Sabre

Cédric Suriré

Socio-anthropologues,
Centre d'étude et de recherche sur les risques
et les vulnérabilités,
université de Caen, Basse-Normandie.

1. *Étude qualitative sur vingt-quatre mois sous la direction de Frédéric Lemarchand, maître de conférence à l'université de Caen, rattachée au programme de recherche « De l'exposition des cancers professionnels à la reconnaissance » (2007). Étude réalisée par Catherine Herbert, médecin, Sandrine Sabre et Cédric Suriré, doctorants.*

2. *Cette étude sociologique aborde la santé au travail sous l'angle de l'anthropologie, qui vise à examiner comment les travailleurs s'ajustent collectivement aux contraintes propres à leur univers professionnel, comment ce dernier détermine tout l'univers social et culturel des travailleurs concernés, en instaurant de nombreuses inégalités sociales. Cette approche compréhensive et interprétative est essentielle pour l'analyse des savoir-faire et des pratiques, des marges de manœuvre et des résistances au regard de l'organisation du travail. Ainsi, le choix des salariés interrogés n'a pas été effectué en fonction des variables de genre ou d'âge. Nos précédentes enquêtes ont montré, en effet, une surexposition aussi bien des hommes que des femmes, aussi bien des jeunes que des plus âgés, à la précarité, à l'intensification du travail, à l'exposition à au moins trois nuisances physiques et chimiques, à la flexibilité, même si certaines variables montrent qu'il existe une surexposition encore plus grande pour les hommes que pour les femmes, et encore plus importante pour les jeunes. Notre choix s'est avant tout orienté vers le statut au sein de l'organisation du travail, afin d'interroger des salariés permanents et non permanents de l'industrie nucléaire, des salariés en CDI et en contrat précaire (CDD ou intérim) de la sous-traitance automobile et de l'industrie chimique. Nous avons choisi d'interroger les salariés sur le mode de l'entretien directif car - il permet de libérer au maximum l'individu pour qu'il se laisse aller à des associations d'idées - (7). Nous avons décidé de croiser les trois terrains cités afin de voir si les mutations de l'organisation du travail pouvaient engendrer des invariants qu'il est possible de rencontrer dans différents secteurs de production.*

3. *Cette étude sera poursuivie dans le cadre de l'appel à projets lancé par l'INCa en 2010 et intitulé « Appel à projets libres, sciences humaines et sociales, santé publique et épidémiologie », via une enquête longitudinale qualitative appelée « CaPSSIS (les cancers professionnels dans la construction des inégalités sociales de santé) : approche socio-anthropologique des modalités de prévention et de réparation des cancers liés aux expositions chimiques professionnelles », sous la direction de Frédéric Lemarchand, Sandrine Sabre, Catherine Herbert et Cédric Suriré.*

Pour en savoir plus

- Aiach P., Niewiadomski C., dir. *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : EHESP, coll. Recherche Santé Social, 2008 : 288 p.
- Bauman Z. *La vie en miettes. Expérience postmoderne et moralité*. Rodez : Le Rouergue-Chambon, coll. Les Incorrects, 2003 : 412 p.
- Castel R. *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*. Paris : Seuil, coll. La couleur des idées, 2009 : 458 p.
- Chateauraynaud F., Tornay D. *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*. Paris : EHESS, coll. Recherches d'histoire et de sciences sociales, 1999 : 480 p.
- Dejours C. *Aliénation et clinique du travail*. *Actuel Marx*, 2006, n° 39 : p. 123-124.
- Dupont Y., dir. *Dictionnaire des risques*. Paris : Armand Colin, coll. Dictionnaire, 2007 : 568 p.
- Fondation Copernic. *Travailler tue en toute impunité... Paris : Syllepse, coll. Les notes et documents de la Fondation Copernic, 2009 : 116 p.*
- Herbert C. *Déni de réalité*. In : Dupont Y., dir. *Dictionnaire des risques*. Paris : Armand Colin, 2007 : p. 103-104.
- Huez D. *Souffrances invisibles et dépressions professionnelles. Mettre l'organisation du travail en délibération*. *Travailler*, 2003, vol. 2, n° 10 : p. 39-55.

► Références bibliographiques

- (1) Thébaut-Mony A. *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*. Paris : Inserm/EDK, coll. Questions en santé publique, 2000 : 272 p.
- (2) Filhol É. *La Centrale*. Paris : P.O.L., 2010 : 144 p.
- (3) Le Goff J.-P. *La barbarie douce*. Paris : La Découverte, coll. Sur le vif, 1999 : 144 p.
- (4) Zonabend F. *La presque île au nucléaire*. Paris : Odile Jacob, 1989 : 192 p.
- (5) Lemarchand F. *La vie contaminée ? Éléments pour une socio-anthropologie des sociétés épidémiques*. Paris : L'Harmattan, 2002 : 274 p.
- (6) Dupont Y. *Est-il raisonnable d'avoir peur du nucléaire. L'ACRONIQUE du nucléaire*, septembre 1998, n° 42 : p. 9.
- (7) Juan S. *Méthodes de recherche en sciences sociohumaines. Exploration critique des techniques*. Paris : Puf, coll. Le sociologue, 1999 : 304 p.

Entretien avec Vincent Girard, psychiatre, responsable d'une équipe d'intervention dans la rue auprès de sans-abri

« Nous travaillons avec les sans-abri pour qu'ils se reconnectent à leur propre histoire »

Comment améliorer les parcours de soins et de vie des personnes sans-abri ? Trois experts – Vincent Girard, psychiatre, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin, médecins – ont remis fin 2009 aux pouvoirs publics un rapport qui inclut des propositions d'action. Entretien avec Vincent Girard, pilote de cette mission, responsable d'une équipe d'intervention de psychiatrie de rue à Marseille, composée de professionnels et de sans-abri, qui aide les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.

La Santé de l'homme : En quoi consiste votre travail de psychiatre de rue et comment intervenez-vous ?

Vincent Girard : Psychiatre, je coordonne, à Marseille, l'équipe d'un programme de santé mentale communautaire, qui intervient dans la rue auprès des personnes sans-abri ou sans chez soi souffrant de troubles psychiatriques sévères et qui sont le plus souvent dans la rue de façon chronique depuis plusieurs années. Ce programme repose sur différentes compétences d'institutions – l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM) est la structure porteuse – et d'associations – Médecins du monde jusqu'à fin 2010 et d'autres associations spécialisées : Habitat alternatives sociales (HAS), nomades célestes (un groupe d'entraide mutuelle), etc. Sa philosophie : les personnes auprès desquelles nous intervenons ont des compétences, c'est à elles de construire leur projet, de décider quand et comment le mettre en œuvre, nous sommes donc à leur service, au sens premier de la notion de service public : « être au service des gens ». C'est ce que nous tentons de faire au quotidien et, même si la contrainte est parfois nécessaire,

nous essayons de la pratiquer avec générosité...

S. H. : Vous soulignez dans votre rapport que le regard porté sur les sans-abri ayant des problèmes de santé mentale est fondamental : faut-il le changer ?

Absolument. Ils sont le plus souvent considérés comme des gens malades en premier lieu et très rarement comme des personnes qui ont des compétences. En santé communautaire, c'est la notion d'*empowerment* (développement du pouvoir d'agir des individus). L'idée sous-jacente, issue de la philosophie des droits civiques américains, est que ces personnes ayant des troubles psychiatriques doivent accéder à une citoyenneté, non pas de deuxième catégorie mais pleine et entière, donc s'établir existentiellement, socialement et citoyennement parlant : droit de fonder une famille, d'avoir un travail, etc.

S. H. : Comment travaillez-vous ?

Nous sommes dans la rue, tous les jours, dans l'hypercentre de Marseille. C'est un travail d'« aller vers », nous observons aussi comment les sans-abri utilisent l'urbanité et la ville pour vivre

dans les rues, comment ils font de la rue leur « chez eux ». Nous tentons de comprendre comment entrer en contact avec eux et créer du lien. Quitte parfois à recourir à la contrainte : nous sommes une équipe interventionniste et une partie de notre travail relève de l'urgence psychiatrique. Quand la personne se met trop en danger, qu'il n'y a pas d'issue et de négociation possibles parce qu'elle est dans un délire, que l'on n'arrive plus à lui parler, qu'elle crie, hurle et que l'on pressent que cela va mal finir, nous la contraignons aux soins psychiatriques, souvent d'ailleurs pour éviter une incarcération. L'an dernier, nous avons ainsi fait hospitaliser cinquante personnes dont vingt-cinq sous le mode de l'hospitalisation à la demande d'un tiers, donc de force en recourant si besoin aux pompiers et à la police.

S. H. : L'hospitalisation de force permet-elle de secourir ces personnes et d'améliorer leur situation ?

Oui, pour l'après : l'expérience montre que cela donne des résultats indéniables. La personne à qui nous avons imposé une hospitalisation se rend souvent compte *a posteriori* que nous avons effectué tout un travail pré-

paratoire, que nous avons tenté beaucoup de choses avant d'exercer une contrainte. Après la crise et l'hospitalisation, nous renouons le dialogue, nous lui expliquons pourquoi nous avons été amenés à la faire hospitaliser ; nous lui rappelons qu'elle a tout refusé pendant des mois et que notre souhait premier est qu'elle ne revienne jamais à l'hôpital. Surtout, nous offrons des solutions de logement, nous ne lâchons pas le suivi individuel, nous travaillons avec la personne pour qu'elle se reconnecte avec sa propre histoire, sa famille, nous essayons de retisser avec elle une trajectoire existentielle et pas seulement thérapeutique car cette dernière n'est qu'un moyen et

non un objectif. L'accès au logement est fondamental et nous sommes en capacité de proposer des logements. Une quarantaine de sans-abri sont ainsi sortis de la rue et une quinzaine ont intégré des logements ordinaires, les autres étant accueillis dans des structures. Ces résultats permettent de démentir une théorie parfois mise en avant selon laquelle un sans-abri retournera fatalement à la rue. Il n'y retournera pas si vous l'accompagnez aux niveaux sanitaire et social. Le facteur de réussite est de travailler avec eux en les considérant comme des personnes et non comme des malades. Leur parler comme des professionnels mais aussi comme des citoyens.

Les équipes mobiles psychiatrie-précarité en France

Le rapport « La santé des personnes sans-abri » dresse un état des lieux des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). Fin 2008, la France comptait quatre-vingt-douze équipes de ce type, réparties sur l'ensemble du territoire. Créées à partir de 1995, elles ont pris leur véritable essor à partir de 2005, avec la définition de leurs missions dans la circulaire du 23 novembre 2005 et leur financement ciblé intégré dans le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. La circulaire DHOS n° 2005-521 du 23 novembre 2005 définit un champ d'action très large pour ces équipes. Toutes les personnes en situation de précarité ou d'exclusion constituent la population cible de ces EMPP. La circulaire précise que le travail de ces équipes se concentre sur les personnes ayant des pathologies psychiatriques et les personnes en situation de souffrance psychique. Enfin, les EMPP doivent venir en soutien aux acteurs de première ligne. « Elles constituent (...) un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins de droit commun et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés. »

Comme le résume le rapport, les deux principes d'action sont « d'aller à la rencontre des publics et de travailler en réseau et partenariat avec le secteur social ». Un premier bilan a été dressé en 2007 : chaque équipe était composée en moyenne de 3,5 équivalents temps plein, deux tiers possédaient un local d'accueil, la moitié effectuait des maraudes dans la rue. « Ce travail directement dans la rue à la rencontre des personnes est une pratique de la psychiatrie assez nouvelle en France », soulignent les auteurs.

Un des problèmes majeurs que les équipes rapportent avoir rencontré est le manque de moyens humains au vu de l'ampleur de la tâche. Les EMPP n'ont que très rarement un médecin généraliste dans leur équipe ; or, quand c'est le cas, son activité et ses compétences permettent de mieux faire face à la tâche. Une autre difficulté est de trouver des places d'hébergement ou de logement pour les personnes sans-abri les plus malades alors que ce sont elles qui en ont le plus besoin. Il existe peu de structures en capacité d'accueil d'une frange particulièrement vulnérable, composée de personnes présentant des comorbidités à la fois psychiatriques, d'addiction et somatiques. Les programmes qui ont pu surmonter ces difficultés avec le plus d'efficacité se sont souvent inspirés d'une approche communautaire.

Dans leurs recommandations, les trois experts proposent notamment que les EMPP deviennent en pratique des « équipes de soins de proximité (ESP) pour les personnes sans chez soi et que les modalités du travail de proximité soient clairement définies dans un cahier des charges précis. Que ces ESP soient généralisées sur tous les territoires où vivent des personnes sans chez soi. Ces ESP doivent être pluridisciplinaires et associer une offre de soins sociaux et sanitaires. Elles doivent être composées de professionnels de la santé généralistes, de professionnels de la santé mentale, de travailleurs sociaux et de travailleurs pairs. Elles doivent privilégier une approche de santé communautaire et intervenir au plus près des personnes en besoin (à la rue, dans les foyers, les squats, les habitats de fortune, etc.) ». Par ailleurs, ces ESP doivent avoir un haut seuil de compétences sur l'hébergement et le logement. Enfin, leur activité doit être rigoureusement évaluée.

Y. G.

S. H. : Comment soigner les troubles psychiatriques sévères dont souffrent ces sans-abri ?

Outre les soins classiques et adaptés, je voudrais souligner le fait qu'en psychiatrie, il est souvent plus difficile de guérir des conséquences de maladie plutôt que de la maladie elle-même. Nous tentons de rester très focalisés sur les conséquences sociales de la maladie qui sont liées au traitement social des maladies mentales. Or, le traitement social – en particulier de la schizophrénie – est très défaillant ; les pré-supposés très négatifs continuent de circuler et ces personnes subissent une double peine : malades et accusés à tort d'être, par exemple, violents alors que ce sont eux qui subissent le plus souvent la violence.

S. H. : Pourquoi avoir choisi d'intégrer des anciens sans-abri dans votre équipe d'intervention ?

Nous effectuons notre tournée à plusieurs : médecin psychiatre et « travailleur pair », c'est-à-dire des personnes qui étaient dans la rue, qui ont connu des troubles psychiatriques, des addictions, puis se sont inscrits dans un processus de rétablissement ; ils sont quasiment guéris et, en tout cas, ils maîtrisent parfaitement leur maladie et sont capables de vous expliquer la façon dont ils procèdent. Ils ont aussi une réflexion lucide sur « comment » ils en étaient arrivés là. Ils sont donc particulièrement capables de nouer des liens de confiance avec les gens de la rue, plus facilement et sur un autre mode, et de transmettre l'information. Parce qu'ils ont fait partie de ce monde-là et en possèdent les codes.

S. H. : Environ quatre-vingt-dix équipes de psychiatrie mobile sont recensées en France. Comment vous situez-vous dans ce dispositif ?

Nous disposons de moyens financiers et humains à la hauteur de notre tâche alors que la très grande majorité des autres équipes a une taille beaucoup plus réduite, environ trois à cinq intervenants en moyenne. Nous bénéficions d'un financement d'un million d'euros par an. Notre équipe compte quinze intervenants : deux psychiatres, un médecin et deux infirmières à temps plein, une éducatrice spécialisée, trois



© Franck Boucher / www.sdf.atelierboucher.net

chiatres, en France, soit autant que dans les dix autres pays les plus riches d'Europe réunis. Nous dépensons chaque année 1,2 milliard d'euros pour les sans-abri, ce qui correspond approximativement à deux mille euros par sans-abri et par mois. Le premier objectif qui doit primer sur tous les autres est de fournir un logement à ces personnes. Tous nos résultats sont basés sur l'accès au logement. C'est la raison pour laquelle nous venons d'embaucher un salarié spécialisé dans la captation des logements disponibles dans l'immobilier privé à caractéristique très sociale.

Propos recueillis par Yves Géry

1. Les cinq recommandations du rapport sont :
 – décloisonner les politiques sanitaires et réorganiser le système de soin ;
 – coordonner et articuler les accompagnements somatiques, psychiatriques et sociaux ;
 – utiliser les compétences des personnes et développer de nouvelles pratiques professionnelles ;
 – loger d'abord et revoir les conditions de l'urgence et de la réinsertion ;
 – promouvoir la recherche et l'évaluation.

travailleurs pairs, deux assistantes sociales à mi-temps, une responsable réseau, une spécialiste de la captation de logement ordinaire, un interne en psychiatrie, un infirmier bénévole, un chargé de projet de Médecins du monde et, bientôt, un chercheur à temps plein. De mon point de vue, cela correspond à la taille adéquate pour intervenir. Notre travail est ambitieux et global, et nous allons d'ailleurs au-delà des exigences du cahier des charges dévolu aux équipes mobiles, qui n'évoque pas, dans sa mission auprès du public concerné, les troubles psychiatriques sévères mais la souffrance psychique.

S. H. : Quels sont les fondements de votre intervention ?

En premier lieu, il y a la philosophie de notre démarche, c'est-à-dire la santé communautaire, l'approche par la réduction des risques, la mobilisation et l'articulation avec les acteurs *ad hoc*, qui permet de trouver un logement rapidement, la capacité à mobiliser la recherche pour évaluer ce que nous faisons. Autre facteur important, la pluridisciplinarité de notre équipe avec le volet social et logement car nous nous sommes assigné une double tâche :

- répondre aux besoins des personnes dans la rue ;
- les accompagner pour en sortir. Nous continuons de suivre celles qui sont sorties de la rue et qui ne veulent pas être suivies par d'autres équipes parce qu'elles ont créé des liens de confiance avec nous.

S. H. : Quelles recommandations formulez-vous dans votre rapport¹ ?

De manière extrêmement synthétique, je les résumerai ainsi :

- avant tout, la philosophie du « rétablissement » de la santé, c'est-à-dire utiliser et renforcer les compétences des sans-abri plutôt que de se confronter avec eux sur leurs défauts et dysfonctionnements. Ne pas proposer de béquilles à leur handicap ;
- développer les liens entre la recherche, l'action et les programmes expérimentaux pour faire évoluer les mentalités sur certaines pratiques et développer très fortement l'évaluation des pratiques ;
- sortir de l'hospitalocentrisme, des relations hiérarchiques qui entravent la créativité et empêchent parfois les professionnels d'être réellement « soignants » au sens de « prendre soin » (*care*) au-delà de « soigner » (*cure*). C'est un changement de culture qui implique de décloisonner les pratiques, comme le font, par exemple, les conseils locaux en santé mentale. Cette démarche est absolument nécessaire.

Pour conclure, ce n'est pas tant d'un manque de moyens dont nous souffrons mais de modes d'intervention pas forcément adéquats dans les actions mises en œuvre et d'une insuffisance de leur évaluation. La France vient en deuxième position au monde, derrière le Royaume-Uni, pour la part du PIB qu'elle consacre à l'exclusion tout comme à la santé mentale. Par ailleurs, il y a quinze mille psy-

Pour en savoir plus

• **Le rapport** : Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009.

En ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf [dernière consultation le 10 juin 2010]

• **Les auteurs** : Vincent Girard, psychiatre, praticien hospitalier, coordonne un programme expérimental de santé communautaire, hôpital de la Timone (Assistance publique-hôpitaux de Marseille). Professeur assistant dans l'équipe de recherche *Yale Programm for Recovery and Community Health* (New Haven, Connecticut). Pascale Estecahandy, médecin généraliste et praticien hospitalier au CHU de Toulouse, coordonne un réseau d'accès aux soins pour les personnes sans chez soi, une équipe mobile et des lits halte soins santé, rattachés au département de santé publique du CHU.

Pierre Chauvin, médecin et épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm, dirige l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris). Membre du Haut Conseil de la santé publique.

Les femmes à la rue : entre silence, honte et violences



© Franck Boucher / www.sdf.atelierboucher.net

Comment les femmes sans chez soi survivent-elles dans la rue ? Le rapport Girard-Estecahandy-Chauvin, qui consacre un chapitre à cette question, dresse un état de la situation et formule des recommandations. Extraits.

Toutes les associations ont constaté un accroissement du nombre de femmes seules sans chez soi depuis la fin des années 1990. (...) Elles constituent une population particulièrement vulnérable et, de ce fait, une véritable urgence sociale. (...) À l'issue d'une recherche-action conduite pendant deux ans et demi, l'association Femmes-SDF, créée en 2000 à Grenoble, a ouvert un lieu d'accueil pour les femmes en errance. Dans un ouvrage paru en 2004, l'association souligne l'invisibilité des femmes à la rue qui, d'une part, pour leur survie, cherchent volontairement à passer inaperçues et, d'autre part, dissimulent volontiers – et le plus longtemps possible – leur situation, par honte. En témoigne cette femme âgée de 22 ans, rencontrée par l'association : « il y a un an, pendant un mois et demi, j'ai dormi dans des cages d'escalier. Nous, les femmes, on ne dit rien quand on est à la rue, on ne dit rien, on se débrouille. » Le sentiment de honte apparaît plus prononcé encore chez les femmes que chez les hommes : elles intérieuri-

sent, sur le mode de la culpabilité, l'anormalité scandaleuse que constitue le fait d'être à la rue quand on est une femme, c'est-à-dire, dans l'imaginaire collectif, une « gardienne du foyer ». La honte est plus grande encore quand elles sont mères et que leurs enfants ont été placés (c'est le cas de 80 % des femmes rencontrées par Femmes-SDF). Dans ce cas, elles se perçoivent et sont perçues comme de mauvaises mères qui n'ont pas su subvenir aux besoins de leurs enfants et les protéger (...).

Aux femmes invisibles, s'opposent « les femmes qui se sont laissées voir », comme les appellent l'association Femmes-SDF, et qui « se fondent dans des groupes de jeunes errants, peu homogènes : jeunes travellers, punks, elles y sont le plus souvent en couple. De plus en plus nombreuses, elles ont en moyenne une vingtaine d'années et ont un bon niveau scolaire. »

Les femmes à la rue sont particulièrement en danger. En 2009, selon l'enquête Samenta¹ conduite dans l'agglomération parisienne, les femmes interrogées ont dix fois plus de risque d'avoir été victimes d'agression sexuelle que les hommes (...). Cette violence est illustrée par ce témoignage issu de la recherche-action grenobloise : « C'est très difficile : dans les squats, il faut se défendre, j'ai un couteau. J'ai dû me

défendre plusieurs fois, c'est quand les mecs ont pris trop de produits, ils ne savent plus ce qu'ils font. » (E., 20 ans, trois ans d'errance).

Les autres formes de violence apparaissent aussi extrêmement fréquentes chez les femmes en hébergement d'urgence : ainsi, au cours des douze derniers mois, (...) un quart d'entre elles (27,7 %), selon l'enquête, a été confronté à des agressions physiques. Pour se protéger, notamment des viols et des violences physiques ou verbales, les femmes à la rue ont tendance à se « masculiniser », à être violentes et à se faire violence elles-mêmes, notamment en consommant des substances psychoactives. (...) Chez les femmes à la rue depuis longtemps, plus que chez les hommes, le corps est délaissé, meurtri, nié, détesté. Lorsqu'elles sont victimes de viols, plus encore que les femmes insérées dans la société, elles ne recourent pas à la police, persuadées que leur plainte ne sera pas écoutée et inquiètes des représailles : ce sujet reste un véritable tabou.

L'hébergement collectif est souvent pour elles la dernière des solutions envisageables, quand toutes les autres solutions (même les plus précieuses) ont échoué ou ont été épuisées. (...) Par ailleurs, le fait d'être en couple est une protection, même si elle ne peut n'être qu'éphémère quand la relation se teinte rapidement d'alcool, de violence et de solitude. Lorsqu'elles font la manche, les femmes à la rue subissent des insultes ou des propositions de prostitution qui leur sont insupportables, réduisent encore l'estime d'elles-mêmes et leur font vivre un harcèlement quotidien.

L'association Femmes-SDF préconise de :

- créer des lieux de « l'entre soi » pour que les femmes puissent se retrouver entre femmes ;
- travailler sur l'intimité, le soin de soi, le réapprentissage de pratiques basiques liées à la famille et à l'enfance (la cuisine, les repas pris ensemble), la réappropriation de sa féminité ;
- travailler également avec le conjoint, le compagnon, notamment sur la question des violences et des rapports conjugaux.

Y. G.

1. Laporte A., Douay C., Detrez M.-A., Chauvin P. Premiers résultats de l'enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne. Paris : Observatoire du Samusocial, 2009.

Accompagner le choix de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique en raison de ses bienfaits avérés mais sa pratique suscite de nombreux débats et questionne notamment la liberté des femmes dans la société contemporaine, comme l'ont montré les récentes prises de position à l'occasion de la publication, début 2010, de l'ouvrage d'Élisabeth Badinter (1). Le développement de l'allaitement maternel est un défi dans un contexte où, d'une part, le rapport à l'allaitement a changé et, d'autre part, l'organisation du travail demeure peu propice à la poursuite de l'allaitement maternel pour les mères qui travaillent.

Les données scientifiques montrent que l'allaitement est une pratique protectrice et un mode d'alimentation optimal pour les nourrissons et les jeunes enfants. Il est recommandé, si possible, de façon exclusive pendant les six premiers mois de l'enfant – et avec une alimentation complémentaire jusqu'à 2 ans voire davantage. Mais même de plus courte durée, l'allaitement reste toujours recommandé.

En France, le Programme national nutrition-santé (PNNS) (2) a inscrit dans les objectifs de santé publique une promotion de l'allaitement maternel. En effet, malgré une augmentation au cours des dernières décennies, sa pratique reste inférieure à celle de la grande majorité de nos voisins comme, par exemple, la Norvège, la Suède ou le Danemark (3).

Un contexte international qui promeut l'allaitement maternel

Depuis plusieurs années, la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel sont devenus une priorité de santé publique aux niveaux français et international. Selon un rapport de la Commission européenne (4), les faibles taux d'allaitement

maternel et son arrêt précoce peuvent avoir des conséquences néfastes sur le plan social pour les femmes, les enfants, la communauté et l'environnement. Ils auraient aussi pour conséquence d'occasionner des dépenses plus importantes pour le système de santé et d'accroître les inégalités de santé.

Au niveau international, de nombreuses initiatives ont contribué à la protection, au soutien et à la promotion de l'allaitement maternel au cours des trente dernières années, parmi lesquelles :

- la promulgation du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ratifié par l'Assemblée mondiale de la santé en 1981 (5). Il concerne la commercialisation, la qualité, la disponibilité et l'information sur l'utilisation des produits pouvant avoir une interférence avec l'allaitement maternel (entre autres : substituts du lait maternel, produits lactés, biberons et tétines) ;
- la promotion de l'allaitement maternel dans la Convention relative aux droits de l'enfant adoptée et ratifiée par l'Organisation des Nations unies (ONU) en 1989. La même année, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Unicef ont proposé les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel dans les services liés à la maternité (6) ;
- la Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel, publiée par l'OMS et l'Unicef en 1990 (7). Elle définit des objectifs concrets et des moyens pour promouvoir l'allaitement, notamment la désignation dans chaque pays d'un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel et d'un coordonnateur ;
- l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (Ihab), lancée en 1992 (8), ayant pour objectif de changer les pratiques hospitalières pour l'ac-

Illustrations : **Francesca Carabelli**



cueil des nouveau-nés en accord avec les dix conditions identifiées pour le succès de l'allaitement maternel ;

- la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, portée par l'Unicef et l'OMS, a actualisé en 2002 les recommandations sur la durée de l'allaitement maternel exclusif (six mois révolus) et réaffirmé que toutes initiatives déjà existantes doivent être poursuivies et renforcées (9).

Au niveau européen, la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel sont notamment portés par la Commission européenne qui a dressé un état de lieux de la situation sur le continent (3) et proposé aux pays membres de l'Union européenne un plan d'action en 2004 (4).

Le contexte en France

En France, la promotion de l'allaitement est l'un des objectifs spécifiques du Programme national nutrition-santé 2 (PNNS 2) (2), qui vise à augmenter tant sa fréquence que sa durée. La politique de santé publique en France ne s'est pas inscrite dans les grands

mouvements internationaux de promotion de l'allaitement maternel et, jusqu'à ce jour, il n'y a pas de coordination nationale sur ce thème. Mais des organisations professionnelles et des associations effectuent un travail important et de qualité depuis plusieurs années pour promouvoir l'allaitement en France.

Par ailleurs, au travers de publications officielles, le ministère de la Santé contribue à la promotion de l'allaitement maternel, tant en direction des professionnels de santé, avec des recommandations professionnelles par exemple, qu'en direction du grand public avec l'édition de guides et brochures réalisés dans le cadre du PNNS.

L'accompagnement des femmes et des couples

L'importance de l'accompagnement pour l'allaitement maternel est consensuellement reconnue mais la difficulté est d'éviter l'écueil de la stigmatisation des femmes qui ne souhaitent pas allaiter. Par ailleurs, la décision d'allaiter ou non son enfant et la durée de l'allaitement dépendent de différents facteurs personnels, culturels, éducatifs, familiaux et sociaux (10).

État des connaissances et des pratiques

Il est apparu opportun de faire le point sur l'information et l'accompagnement de

l'allaitement maternel, afin d'apporter aux professionnels connaissances et pratiques en la matière.

La première partie de ce dossier présente un état des connaissances via différentes contributions d'experts. L'approche scientifique, fondée sur les données actuelles quant aux bénéfices de la pratique de l'allaitement pour la santé physique, mentale et psychique de l'enfant est complétée par la nécessaire prise en compte de la question socioculturelle de la pratique de l'allaitement maternel en France, ainsi que celle des déterminants socio-économiques et environnementaux. Sont ensuite discutés la place des professionnels de santé et leur rôle dans l'information et l'accompagnement de l'allaitement maternel.

La deuxième partie de ce dossier est consacrée aux pratiques des professionnels et des établissements en France, avec des témoignages de femmes concernant leur choix d'allaiter ou non. L'expérience de soutien aux femmes et à leur famille dans leur projet d'allaitement, mise en place à la maternité de Lons-le-Saunier, est également présentée. Il s'agit d'une illustration de l'Initiative hôpitaux amis des bébés (Ihab), démarche qualité proposée au niveau international par l'Unicef et l'OMS, qui reste peu développée en France. La question de l'allaitement dans les milieux

du travail illustre qu'en dépit de l'existence de dispositions dans le Code du travail, allaitement et reprise de l'activité professionnelle apparaissent toujours peu conciliables. Pourtant, quelques entreprises comme Michelin ont pris des initiatives encourageantes. Au niveau des pratiques internationales, l'expérience du Brésil qui a développé des actions de promotion de l'allaitement maternel, est présentée. Enfin, la partie « Pour en savoir plus » propose une sélection de publications et de ressources pour les professionnels qui s'engagent dans le soutien des femmes dans leur choix d'allaiter.

Carolina Belomo de Souza
Marie-José Moquet

Dossier coordonné par **Carolina Belomo de Souza**, nutritionniste, chargée de mission en éducation et promotion de la santé, et le docteur **Marie-José Moquet**, chef du département Qualité des pratiques et formation, coordinatrice scientifique du guide allaitement, INPES.

► Références bibliographiques

- (1) Badinter É. *Le conflit, la femme et la mère*. Paris : Flammarion, 2010 : 256 p.
- (2) *Deuxième Programme national nutrition-santé (PNNS) 2006-2010 : Actions et mesures*. Ministère de la Santé et des Solidarités, septembre 2006 : 51 p.
En ligne : www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/PNNS2-Complet.pdf [dernière consultation le 02 juin 2010]
- (3) Project on promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation*. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004 : 16 p.
En ligne : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf [dernière consultation le 10 juin 2010]
- (4) Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004 : 35 p.
En ligne : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf [dernière consultation le 09 juin 2010]
- (5) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève : OMS, 1981 : 23 p.
En ligne : http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf [dernière consultation le 01 juin 2010].
- (6) Organisation mondiale de la santé (OMS) et Unicef. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité*. Genève : OMS et Unicef, 1989 : 32 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9242561304_fre.pdf [dernière consultation le 09 juin 2010]
- (7) Organisation mondiale de la santé (OMS) et Unicef. *Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel*. Florence (Italie) : OMS et Unicef, 1990.
En ligne : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html [dernière consultation le 09 juin 2010]
- (8) Organisation mondiale de la santé (OMS) et Unicef. *L'Initiative Hôpitaux amis des bébés. Deuxième partie : exécution au niveau des hôpitaux*. Directives de l'Unicef. Genève : OMS et Unicef, 1992.
Informations en ligne : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24850.html [dernière consultation le 10 juin 2010]
- (9) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève : OMS, 2003 : 30 p.
En ligne : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf> [dernière consultation le 09 juin 2010]
- (10) Ghisolfi J., Turck D., Vidailhet M., Girardet J.-P., Bocquet A., Bresson J.-L., et al. *Promotion de l'allaitement maternel et informations destinées aux parents sur les préparations pour nourrissons : 2 politiques de communication incompatibles ? Archives de pédiatrie*, juillet 2009, vol. 16, n° 7 : p. 971-975.

Approche sociologique de l'allaitement maternel en France

Acte individuel, l'allaitement s'inscrit aussi dans une dimension culturelle et sociale forte. Sa pratique varie considérablement selon la classe sociale : 80 % des femmes cadres supérieures allaitent contre 46 % des ouvrières qualifiées. Une conjonction de facteurs entre en ligne de compte, qui peuvent justifier de réelles réticences face à l'allaitement.

Si l'allaitement apparaît le plus souvent comme un acte individuel, engageant avant tout la relation entre une mère et son enfant, l'histoire et l'anthropologie ont montré qu'il varie dans le temps et dans l'espace, en fonction de cultures et de contextes qui le favorisent plus ou moins (1). Dans un cadre plus restreint, comme celui de la France contemporaine, l'analyse sociologique retrouve l'expression de facteurs sociaux et culturels qui se traduisent par des régularités dans les pratiques comme dans les discours. S'il s'agit bien toujours d'un choix individuel, c'est un choix qui s'inscrit dans un ensemble de contraintes sociales, en rapport aux normes de puériculture ou avec l'inscription dans des traditions familiales.

Près des deux tiers des femmes allaitent leur enfant à la naissance en France aujourd'hui (63 % en moyenne). L'allaitement n'est pas uniformément répandu chez toutes les femmes. En particulier, on relève une très forte influence de la position sociale (*Figure 1*) : si près de 80 % des femmes cadres supérieures allaitent, ce n'est le cas que de 46 % des ouvrières qualifiées.

En outre, si l'allaitement a progressé au cours de la fin du XX^e siècle (il concernait un peu plus du tiers des femmes dans les années 1970, un peu plus de la moitié dans les années 1990), cette augmentation ne se traduit pas par une réduction des inégalités mais plutôt par un maintien des écarts entre groupes sociaux (2).

Comment expliquer ces disparités ?

L'approche sociologique peut proposer une grille d'interprétation de ces

résultats. Tout d'abord en termes de pression sociale : lorsque plus des trois quarts des collègues, amies ou voisines allaitent, cela peut constituer un référent positif pour décider d'allaiter ou, en d'autres termes, rendre moins évidente la décision de nourrir au biberon. On aurait ainsi un effet « boule de neige » tendant à favoriser d'autant plus l'allaitement des femmes appartenant à des milieux où l'allaitement est plus répandu.

Par ailleurs, d'autres résultats, moins récents mais n'ayant pas encore fait l'objet d'une mise à jour, montrent que les sources de conseil auxquelles s'adressent les mères de jeunes enfants varient selon leur position sociale (3, 4). Les femmes des milieux supérieurs tendent à s'adresser de manière préférentielle à leur pédiatre ou à consulter des supports écrits, tandis que dans les milieux populaires, elles s'adressent d'abord à leur propre mère. Or, les interlocuteurs spécialisés sont actuellement plutôt favorables à l'allaitement, et de manière plus unanime que les femmes de la génération précédente qui avaient des taux d'allaitement relativement bas (de l'ordre du tiers dans la France des années 1970). Les femmes plus diplômées sont par ailleurs plus sensibles aux arguments de promotion de l'allaitement maternel qui reposent sur un socle de connaissances, notamment en nutrition (la composition du lait maternel) ou en psychologie (l'attachement), pour ne prendre que ces deux exemples. Des entretiens menés dans la dernière décennie du XX^e siècle avec des mères de différents milieux sociaux montrent bien que les arguments savants sont particulièrement présents dans les discours des femmes

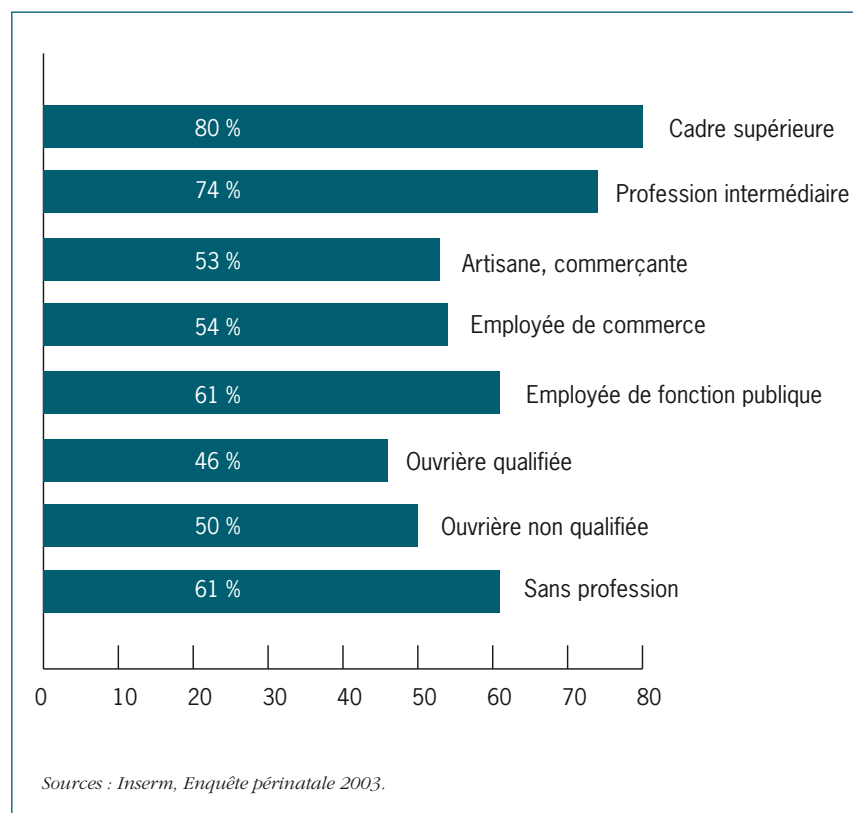
des classes moyennes et supérieures, et à peu près absents des discours des femmes les moins diplômées (3).

Gradient social pour l'allaitement

On comprend ainsi pourquoi les taux d'allaitement sont plus élevés chez les femmes cadres supérieures ou issues des professions intermédiaires. Quant aux femmes appartenant à la catégorie des employées de la fonction publique, on peut se demander pourquoi elles allaitent sensiblement plus que leurs homologues travaillant dans le secteur privé. Sachant que, généralement, les femmes appartenant à la catégorie des employées de la fonction publique exercent assez souvent dans les secteurs médical et médico-social, on peut supposer que leur exposition aux normes favorables à l'allaitement est plus intense, sans pour autant que cette hypothèse épuise l'interprétation.

Mais comment rendre compte, dans ce schéma, du fait que les ouvrières non qualifiées ou les femmes sans aucune profession allaitent plus fréquemment que les ouvrières qualifiées ? (*Figure 1*). On ne peut pas ici invoquer une meilleure diffusion des normes savantes de promotion de l'allaitement maternel. On sait par ailleurs (3) que l'allaitement ne dépend pas du niveau de revenus du ménage, donc cet allaitement plus fréquent dans les catégories les moins favorisées ne s'explique pas par des raisons financières. En revanche, une autre hypothèse consiste en la transmission familiale de techniques de soins aux nouveau-nés, favorable à l'allaitement chez au moins une partie de ces femmes. En effet, on sait que l'allaitement

Figure 1. Taux d'allaitement maternel à la naissance en 2003, selon la catégorie socio-professionnelle de la mère.



ment augmente avec la familiarité des soins aux jeunes enfants avant la naissance de l'enfant (3, 4). Or, l'expérience des soins aux jeunes enfants antérieure à la maternité augmente lorsque l'on descend dans l'échelle sociale (3, 4). En d'autres termes, si les femmes les plus diplômées sont si sensibles aux arguments savants, c'est aussi parce qu'elles ont moins l'habitude de s'occuper de bébés. Pour les femmes les moins diplômées, et en particulier pour celles d'entre elles qui sont originaires de pays où la pratique de l'allaitement est plus courante, la transmission familiale de techniques de soins peut favoriser l'allaitement sans référence aux discours de promotion de l'allaitement maternel. On sait en effet aussi que les femmes originaires de pays d'Afrique noire ou du Maghreb allaitent beaucoup plus fréquemment que les femmes d'origine française (2-4). Dans certaines fractions des classes populaires, les femmes bénéficient de la transmission familiale de pratiques de puériculture favorables à l'allaitement (de façon plus fréquente pour les migrantes mais pas uniquement).

Réelles réticences face à l'allaitement

Pour les femmes qui ne bénéficient pas de ces transmissions et qui sont les moins sensibles aux arguments de promotion de l'allaitement, le choix du biberon s'impose le plus souvent. Loin de révéler une négligence face à la santé de l'enfant, ce choix peut se justifier par de réelles réticences face à l'allaitement : l'impossibilité de mesurer les quantités bues par l'enfant mais aussi le doute toujours possible, en tout cas tel que perçu par certaines femmes, sur la qualité de leur lait maternel confèrent à l'allaitement maternel une dimension incertaine, tandis que le biberon permet de s'assurer que l'enfant prend bien les quantités requises pour son développement et que la garantie de composition du lait maternisé en fait un produit plus fiable aux yeux de ces femmes (5).

L'attention portée aux discours et aux pratiques des mères de nourrissons permet ainsi de porter un regard plus fin et intégrant la prise en compte des déterminants de l'allaitement maternel. D'une

part, cette expression recouvre différentes pratiques, l'une se rattachant explicitement aux discours de promotion de l'allaitement maternel, l'autre en revanche s'en démarquant et se fondant sur des compétences familiales qui ne font pas nécessairement référence aux connaissances actuelles sur l'allaitement. On peut ainsi dessiner deux modèles d'allaitement, un modèle savant dans lequel l'allaitement apparaît comme relevant du domaine médical ou paramédical et un modèle familial dans lequel il s'inscrit dans une transmission entre générations de techniques de soins aux nourrissons (6). D'autre part, la vision dominante de l'allaitement maternel comme le meilleur mode d'alimentation du nourrisson n'est pas nécessairement partagée par toutes les femmes qui, dans bien des cas, trouvent dans le biberon de lait maternisé un moyen bien plus efficace de nourrir les bébés en étant assurées de la satisfaction de leurs besoins.

Séverine Gojard

Sociologue, responsable de l'équipe Solal (Sociologie de l'alimentation), Institut national de la recherche agronomique, Aliss, unité de recherche 1303, Ivry-sur-Seine.

Références bibliographiques

- (1) Rollet C., Morel M.-F. *Des bébés et des hommes*. Paris : Albin Michel, 2000 : 396 p.
- (2) Bonet M., Kaminski M., Blondel B. Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics: results from the French National Perinatal Surveys. *Acta Pædiatrica*, 2007, vol. 96, n° 9 : p. 1290-1295.
- (3) Gojard S. L'allaitement, une pratique socialement différenciée. *Recherches et Prévisions*, 1998, n° 53 : p. 23-34.
- (4) Gojard S. L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture. *Revue française de sociologie*, 2000, vol. 41, n° 3 : p. 475-512.
- (5) Tillard B. *Des familles face à la naissance*. Paris : L'Harmattan, coll. Savoir et formation, 2003 : 298 p.
- (6) Gojard S. Pourquoi une sociologie de l'allaitement ? *Revue Spirale*, 2003, vol. 3, n° 27 : p 133-137.

La situation de l'allaitement maternel en France

Pourquoi le niveau de l'allaitement maternel en France se situe-t-il parmi les plus bas en Europe ? Marc Pilliot, pédiatre et président de la Coordination française pour l'allaitement maternel, avance les principaux éléments d'explication. De nombreux facteurs – culturels, sociétaux et individuels – se conjuguent pour expliquer cette situation.

L'allaitement maternel est beaucoup plus qu'une simple histoire de sein ou qu'un sujet de nutrition. Parler d'allaitement, c'est aussi parler de la sensualité, des émotions, des hésitations, des ambivalences vécues au travers de cette relation mère-enfant qui se cherche et qui s'établit à des rythmes variables. Dans l'allaitement, la mère est rapidement confrontée à des vagues d'émotion et aux réminiscences de sa propre histoire, aux croyances et aux valeurs de son entourage. Certes, la lactation est une fonction naturelle mais l'allaitement en lui-même est un geste éminemment culturel, imprégné de sens, de fantasmes, de souvenirs, de valeurs, de « culture ».

► Interroger la culture française

En France, nous sommes d'emblée en difficulté face à l'allaitement car nous sommes, depuis plusieurs siècles, dans une culture de séparation et de non-allaitement : pour tenir leur rang social, les nobles et les bourgeoises donnaient leur enfant à une nourrice, puis à un éducateur. Encore actuellement, les séparations sont dans la culture française : haro sur le bébé dans la chambre ou dans le lit des parents, allaitement et maternage considérés encore récemment comme « une aliénation de la femme », crèche à 2 mois, école à 2 ans... Autant d'éléments qui sont beaucoup moins marqués dans les autres pays, y compris en Occident. Mais de nombreux autres facteurs freinent aussi l'allaitement maternel en France (1) :

- des actions internationales mal connues : le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, voté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1981, est mal compris et mal appliqué en France. L'Initiative Hôpitaux amis des bébés, promue par l'OMS et l'Unicef en 1991, est encore peu connue des



professionnels, avec seulement onze maternités labellisées sur les six cent vingt du territoire (voir aussi l'article sur l'Initiative Hôpitaux amis des bébés page 32) :

- une forte pression publicitaire pour les aliments de substitution ;
- une formation initiale inexistante pour les médecins et très inégale, voire parfois mal adaptée, pour les autres professionnels de santé ;
- des pratiques de professionnels centrées, surtout pendant les années 1970-1980, sur la technique et la science, avec un oubli de la prévention et de la pédiatrie sociale, et avec une indifférence face à la baisse de l'allaitement lors de cette même période ;
- une information insuffisante des parents, voire des conseils contradictoires dont se plaignent beaucoup les mères. Cela est d'autant plus délétère que celles-ci culpabilisent toujours de ne pas allaiter le temps qu'elles auraient voulu ;
- un congé de maternité postnatal trop court qui oblige la mère à se séparer de son bébé à un moment où elle commence tout juste à être à l'aise avec lui.

► La position singulière de la France en Europe

En raison de tous ces freins culturels, la France figure en dernière position en Europe. Plus de quinze pays ont des taux d'allaitement supérieurs à 90 % à la naissance et plusieurs ont encore plus de 60 % d'allaitement à 6 mois (2, 3). En France, ce chiffre s'élève à 62,6 % à la naissance dont 56,3 % en exclusif (4) ; la durée médiane de l'allaitement est de deux mois et, parmi les femmes qui allaitent, seulement 25 % continuent encore à trois mois ou plus (5). Il y a encore quelques années, 25 % des femmes qui désiraient allaiter pendant quelques semaines finissaient par y renoncer avant même la naissance (6). Selon diverses enquêtes régionales (7), la durée de l'allaitement sera plus longue si la décision d'allaiter a été prise avant la grossesse, si la mère est âgée de plus de 25 ans, multipare, de milieu socio-économique élevé, avec un diplôme universitaire. L'expérience des soins aux jeunes enfants avant la naissance du premier enfant (8) joue un rôle favorable, ainsi que la proximité du bébé la nuit et l'al-

Le rôle des associations de soutien à l'allaitement maternel

Les associations de soutien à l'allaitement maternel participent largement à la formation des professionnels de santé et à la diffusion de l'information dans le grand public. Elles contribuent au succès de l'allaitement après le retour à la maison en facilitant les rencontres et les partages de mères à mères. Par ailleurs, la Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM), en regroupant un grand nombre d'associations de soutien, d'associations de professionnels et de membres individuels, peut servir d'interface entre les différents acteurs institutionnels, associatifs et professionnels autour de l'allaitement. La CoFAM promeut la semaine mondiale de l'allaitement maternel, en octobre, pour sensibiliser le grand public ; elle organise des journées régionales d'allaitement pour sensibiliser les professionnels et elle coordonne l'Initiative Hôpitaux amis des bébés pour aider les maternités à évoluer vers une meilleure qualité d'accueil et d'accompagnement des bébés et de leurs parents.

M. P.

laitement à la demande. À l'inverse, l'allaitement sera plus court (9) si la maman croit que son lait « n'est pas bon » ou en quantité insuffisante, si des biberons de complément ont été donnés en maternité, si les conseils médicaux sont inadaptés face à certaines difficultés. Enfin, la reprise du travail a souvent un effet négatif.

► Allaitement exclusif ou partiel ?

Par ailleurs, il existe de fortes disparités dans la pratique de l'allaitement exclusif ou partiel (4) en fonction de la classe sociale, de la nationalité des mères et de la région de naissance. L'allaitement est plus fréquent en Ile-de-France, dans l'Est, le Centre-Est et en région Méditerranée, avec plus d'allaitement partiel dans ces régions-là. L'allaitement est plus fréquent, mais plus souvent partiel, chez les femmes étrangères. L'allaitement exclusif est plus fréquent chez les femmes de plus de 25 ans, primipares, mariées, ayant un emploi et un niveau d'études élevé. Au contraire, les femmes grandes multipares et les femmes seules allaitent plus souvent de façon partielle. Par ailleurs, les enfants nés par césarienne ou d'une grossesse multiple ou prématurée ou de petit poids de naissance ont plus souvent un allaitement partiel. Enfin, l'allaitement exclusif varie peu en fonction de la taille et du statut de la maternité, mais l'allaitement partiel est plus fréquent dans les centres hospitaliers universitaires.

► En prise avec des modèles sociaux

Enfin, l'analyse des pratiques et des discours des mères montre que l'allaitement recouvre des significations différentes selon les particularités sociales des mères. Schématiquement, on peut définir deux modèles sociaux de l'allaitement (5, 8) :

- le « modèle populaire », dans les milieux populaires, peu diplômés. Les femmes disposent souvent d'un savoir-faire transmis par la famille, elles prennent conseil auprès de leur propre mère et le poids des habitudes familiales est plus important.

Les mères ont du mal à expliquer leur choix : le plus souvent, elles insistent sur le plaisir d'allaiter et sur les difficultés du sevrage. À l'inverse, le déplaisir ou le dégoût suffit à justifier un refus d'allaiter. Dans ce modèle, l'allaitement est plus long et le sevrage est de durée variable ;

- le « modèle savant », répandu dans les milieux diplômés. Les mères recherchent des informations auprès des professionnels de la petite enfance et dans les livres. Elles justifient leur choix avec des arguments scientifiques, en insistant sur les bénéfices nutritionnels et affectifs de l'allaitement. Le refus d'allaiter est justifié par une inversion des arguments : le lait maternel est bénéfique mais il contient des polluants ; les arguments scientifiques sont suspects car ils font pression sur les mères ; le non-allaitement – comme l'allaitement pour d'autres – est considéré comme plus pratique... Dans ce modèle, la durée de l'allaitement est variable et le sevrage est progressif.

► Le choix de ne pas allaiter

Et les femmes qui n'allaitent pas (5) ? Il peut s'agir d'une position sociale moins favorable à l'allaitement : femmes issues de l'immigration adoptant le biberon comme mode d'insertion sociale ; femmes diplômées reprenant un modèle familial ou ayant une trop forte insertion professionnelle pour s'investir totalement dans ce rôle. Parfois, c'est en rapport avec des contraintes matérielles trop fortes, liées à une activité professionnelle contraignante (horaires rigides, trajets longs), ou bien à un surcroît de travail à la maison (nombreux enfants), ou bien à une situation de grande précarité avec de mauvaises conditions de logement et une incertitude sur l'avenir. Enfin, il peut s'agir d'une femme ayant des représentations négatives de l'allaitement maternel : à cause d'une perte des repères provoquée par les discours contradictoires à la maternité ou entre les professionnels et le milieu social ; ou bien à cause d'une assimilation de l'allaitement maternel à une servitude féminine ou à une pratique socialement rétrograde ; ou bien encore à cause d'un rapport difficile avec son

corps. Ce dernier point est très délicat car nous touchons là à l'intimité profonde de la mère, à sa pudeur, à ses peurs, à ses fantasmes, à sa propre histoire. Une mauvaise « image de soi » conduit forcément au sentiment de ne pas être capable d'avoir du bon lait pour son enfant. Ces femmes ont besoin d'être respectées dans leur choix et d'être accompagnées dans leur parentalité.

Ce rapide survol de l'allaitement en France permet de souligner à quel point les mères sont seules face à leur désir d'allaiter. Les « sens » de l'allaitement sont différents selon les milieux sociaux et certains contextes sont plus favorables que d'autres. Les associations de soutien ont ici un rôle primordial à jouer (voir encadré).

Marc Pilliot

Pédiatre, Centre hospitalier, Tourcoing,
Président de la CoFAM

► Références bibliographiques

- (1) Pilliot M., Groupe de travail pour la promotion de l'allaitement maternel dans le département du Nord. Dossier pour la promotion de l'allaitement maternel. *Archives de pédiatrie*, 2001, vol. 8, n° 8 : p. 865-874.
- (2) IRCCS, WHO. *Promotion of Breastfeeding in Europe. EU Project Contract*. December 2003, chiffres 2000.
- (3) EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised 2008)*. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
- (4) Bonet M., Foix L'Hélias L., Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. *Archives de pédiatrie*, 2008, vol. 15, n° 9 : p. 1407-1415.
- (5) Gojard S. *Les déterminants sociaux de l'allaitement*. Exposé en septembre 2009.
- (6) Ulpat A. L'allaitement, c'est bien mais pas obligatoire. *Famili*, 2000, n° 90 : p. 48-52.
- (7) Castetbon K., Dupont N., Hercberg S. Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2004, vol. 52, n° 5 : p. 475-480.
- (8) Gojard S. L'allaitement : une pratique socialement différenciée. *Recherches et Prévisions*, 1998, n° 53 : p. 23-34.
- (9) Ego A., Dubos J.-P., Djavadzadeh-Amini M., Depinoy M.-P., Louyot J., Codaccioni X. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Archives de pédiatrie*, 2003, vol. 10, n° 1 : p. 11-18.

Les bénéfices santé de l'allaitement

L'allaitement maternel procure des bénéfices pour la santé de l'enfant. Le professeur Dominique Turck, pédiatre, présente les effets favorables décrits dans la littérature scientifique internationale : prévention des infections, du surpoids, du diabète, etc.

L'allaitement satisfait à lui seul les besoins nutritionnels du nourrisson pendant les six premiers mois de la vie et a de nombreux effets bénéfiques sur la santé de l'enfant et de sa mère (1-3). Ces bénéfices, qui dépendent du degré d'exclusivité de l'allaitement et de sa durée, ont été analysés dans des méta-analyses récentes (4, 5).

L'influence du mode d'alimentation pendant l'enfance sur l'état de santé et l'apparition de maladies plus tard dans la vie est difficile à démontrer. Sur le plan méthodologique, pour des raisons éthiques évidentes, il n'est pas possible de réaliser des études randomisées comparant allaitement maternel et alimentation avec un lait artificiel, ce qui induit des biais de recrutement et des variables de confusion. L'une d'entre elles est que dans les pays industrialisés, les femmes qui allaitent sont issues de milieux socio-économiques plus favorisés et plus à l'écoute des recommandations de santé.

Cet article synthétise les résultats des études scientifiques récentes sur les relations entre allaitement et santé de l'enfant. Pour une analyse détaillée des données chiffrées, le lecteur se reportera à la bibliographie.

• **La prévention des infections** du jeune enfant est le principal bénéfice santé de l'allaitement. De nombreux composants du lait (immunoglobulines A sécrétoires, lactoferrine, lysozyme, hormones, facteurs de croissance, cytokines) ont en effet des propriétés anti-infectieuses. Dans les pays en développement, l'allaitement, pratiqué de façon optimale (allaitement exclusif les premiers mois puis introduction appropriée d'aliments de diversification), est associé à une réduction considérable de la mortalité infantile, d'au-

tant plus marquée que les enfants sont plus jeunes. Dans les pays à niveau socio-économique élevé, l'allaitement est associé chez le nourrisson à une diminution de l'incidence et de la gravité de diarrhées aiguës, ainsi qu'à un moindre niveau d'otites aiguës et d'infections respiratoires sévères, génératrices d'hospitalisation.

• **Le rôle de l'allaitement dans la prévention de l'allergie** est un sujet controversé. L'allaitement n'a pas un effet protecteur absolu contre l'apparition de manifestations allergiques chez les enfants à risque (ayant un parent du premier degré – père, mère, frère ou sœur – allergique).

Dès 1930, une réduction d'un facteur 7 de la prévalence de l'eczéma à l'âge de 9 mois était observée chez les enfants allaités par comparaison à ceux nourris au lait de vache. Un allaitement d'une durée de trois mois réduit le risque de dermatite atopique. Aucun effet n'est observé en l'absence d'antécédents familiaux d'allergie, contrairement aux enfants présentant une histoire familiale d'allergie pour lesquels un allaitement de trois mois réduit le risque d'asthme. L'allaitement est donc associé à un moindre risque d'asthme et d'eczéma pendant les trois premières années de la vie chez les enfants à risque d'allergie.

Le nourrisson peut se sensibiliser *in utero* ou via le lait maternel. Des manifestations allergiques ont ainsi été décrites chez des enfants allaités exclusivement. Ce n'est que dans ces circonstances qu'il faut conseiller à la mère l'éviction du ou des aliments présumés responsables de cette sensibilisation.

• **Un effet préventif vis-à-vis du surpoids et de l'obésité** est observé en

cas d'allaitement. Une étude, publiée en 1999, a été la première à montrer en Bavière que la prévalence de l'obésité à l'âge de 6 ans était plus faible chez les enfants qui avaient été allaités que chez ceux qui ne l'avaient pas été. Près d'une trentaine d'études portant sur plus de trois cent mille enfants ont conclu que l'allaitement est associé à une moindre prévalence du surpoids et de l'obésité, avec une réduction du risque de 20 % à 25 % pendant l'enfance et l'adolescence par rapport aux enfants non allaités, qui est corrélée à la durée de l'allaitement. Ce bénéfice n'a pas été mis en évidence chez l'adulte. De nombreux facteurs pourraient intervenir : croissance staturo-pondérale moins rapide chez l'enfant allaité, apport en protéines plus faible, variations du goût, de l'odeur et de la composition du lait maternel pouvant influencer le comportement alimentaire. Le rôle de produits bio-actifs présents dans le lait a été évoqué : ocytocine, leptine, insuline, facteurs de croissance, mais aussi acide arachidonique qui est un puissant inducteur de la différenciation et de la multiplication des adipocytes *in vitro*. Les nourrissons allaités régulent mieux les quantités de lait ingérées que ceux nourris au biberon.

• **La protection contre les facteurs de risque cardio-vasculaire** a fait l'objet de nombreuses études. Les enfants allaités ont à l'âge adulte une pression artérielle et une cholestérolémie légèrement inférieures à celles des enfants non allaités. Plusieurs méta-analyses ont montré une diminution de la pression artérielle systolique de 1,4 mm Hg. La baisse de la pression artérielle diastolique est plus faible mais également significative, de 0,5 mm Hg. Parmi les composants du lait maternel pouvant jouer un rôle, la teneur élevée en acides gras poly-insaturés (AGPI) pourrait



intervenir en raison de leur effet sur la structure des membranes cellulaires de l'endothélium vasculaire, et/ou la faible teneur en sodium.

Chez le nourrisson, la cholestérolémie est plus élevée chez les enfants qui ont été allaités, avec une différence moyenne de 0,64 mmol/L, alors qu'à l'âge adulte, la cholestérolémie est plus basse en cas d'allaitement, avec une différence moyenne de 0,18 mmol/L. Tout se passe comme si les apports élevés de cholestérol au début de la vie constituaient un stimulus nutritionnel qui enclencherait une programmation de la régulation de l'activité de l'HMG-CoA réductase ou des récepteurs du LDL-cholestérol persistant à long terme.

Il n'a pas été démontré que ces effets favorables sur la pression artérielle et la cholestérolémie influencent de façon bénéfique la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires à l'âge adulte.

- L'allaitement est associé à une diminution du risque d'apparition d'un certain nombre de maladies :

- le début de la diversification alimentaire avant l'âge de 3 mois et l'absence d'allaitement exclusif pendant les trois premiers mois sont des facteurs de **risque de diabète** insulino-dépendant. En l'absence d'allaitement, une immunisation contre certaines protéines du lait de vache (β -lactoglobuline, β -caséine, sérumalbumine) pourrait

déclencher une réaction auto-immune contre les cellules β des îlots de Langerhans du fait d'une séro-activité croisée par similitude de structure entre protéines du lait de vache et antigènes situés sur les îlots. Le lait de femme pourrait réduire l'incidence des infections virales ayant pour cible le pancréas (coxsackies, rotavirus). L'effet protecteur de l'allaitement semble d'autant plus probable qu'il concerne des enfants ayant un risque génétique de diabète insulino-dépendant élevé.

Deux méta-analyses ont confirmé que l'allaitement était associé à une réduction du risque de diabète de type 2 de l'ordre de 35 % ;

- une méta-analyse a conclu à une réduction de moitié du risque d'apparition d'une **maladie cœliaque** chez les enfants allaités au moment de l'introduction du gluten par rapport aux enfants non allaités. On ne peut néanmoins pas exclure qu'il ne s'agisse que d'un retard à l'apparition des symptômes de la maladie.

Plusieurs hypothèses ont été émises :

- moindre quantité de gluten consommée liée à la poursuite de l'allaitement, avec un moindre risque de développer des symptômes de maladie cœliaque ;

- prévention des infections gastro-intestinales qui pourraient jouer un rôle de cofacteur dans l'apparition de cette maladie ;

- effet immunomodulateur du lait de femme interférant entre les peptides toxiques du gluten et le système muqueux intestinal, et favorisant ainsi le développement de la tolérance vis-à-vis du gluten ;

- l'allaitement est associé à *une réduction de moitié du risque de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique*. Il est également associé à un moindre risque de mort inattendue du nourrisson.

- Chez *les enfants prématurés*, l'alimentation avec le lait de femme favorise la maturation des fonctions digestives et la tolérance à l'alimentation par voie orale. Elle diminue le risque d'infections néo-natales et d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

- *Le lien éventuel entre allaitement et développement cognitif* est extrêmement controversé. Une méta-analyse a confirmé un bénéfice de 3,2 points de quotient intellectuel chez les enfants allaités (après ajustement sur les facteurs de confusion comme l'âge, le statut socio-économique, le niveau éducatif des parents, etc.). Cette différence est observée dès les deux premières années et persiste dans l'enfance et l'adolescence. Elle augmente avec la durée de l'allaitement et est plus importante chez les enfants prématurés (5,2 points contre 2,7 points chez les enfants nés à terme). Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer ces bénéfices, la richesse en certains nutriments du lait lui-même (comme l'acide sialique, les AGPI à longue chaîne) a été évoquée.

Que ce soit pour des raisons psycho-affectives (*NDLR : développées dans d'autres articles de ce dossier*), nutritionnelles ou environnementales, l'allaitement apporte un bénéfice sur le plan cognitif, modeste mais démontré dans la majorité des études, persistant à l'âge adulte.

Allaitement et bénéfices pour la santé de la mère

En cas d'allaitement, la perte de poids et la diminution de la masse grasseuse sont plus rapides dans les six premiers mois du *post-partum*. L'allaitement est associé à une diminution de l'incidence du cancer du sein avant la ménopause et du cancer de l'ovaire, et de dépression du *post-partum*. Il est également associé à une réduction du

risque de pathologies métaboliques et cardio-vasculaires.

Les contre-indications de l'allaitement sont rares : infection maternelle par le VIH, maladie cardio-vasculaire ou respiratoire sévère, hémopathie ou cancer en cours de traitement chez la mère, galactosémie chez le nouveau-né. Malgré le passage quasi constant dans le lait des médicaments consommés par la mère, très peu d'entre eux sont incompatibles avec la poursuite de l'allaitement.

Dominique Turck

Département de pédiatrie,
hôpital Jeanne de Flandre et faculté
de médecine, université de Lille 2, Lille.

Allaiter ou pas : accompagner le choix des mères

Sur la question de l'allaitement maternel, différents acteurs interviennent auprès des mères. La manière dont ils appréhendent leur rôle connaît de grandes variations et conditionne la prise en compte de l'allaitement par un couple. Voici un point sur les préconisations en matière de formation et de collaboration des professionnels, à partir d'une exploration de leurs postures et des enjeux de l'allaitement dans une perspective d'éducation pour la santé.

► Références bibliographiques

(1) Organisation mondiale de la santé. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant*. 54^e Assemblée mondiale de la santé, 18 mai 2001. Résolution WHA 54.2. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54r2.pdf

(2) Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Société française de pédiatrie. *Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*. Fascicule Programme national nutrition-santé 2005 : 72 p. <http://www.sante.gouv.fr/hm/point-sur/nutrition/allaitement.pdf>

(3) ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C., Braegger C., Decsi T., Kolacek S., Koletzko B., Michaelsen K.F., et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2009, vol. 49 : p. 112-125.

(4) Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville : AHRQ Publication No. 07-E007, April 2007 : 524 p. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1b.chapter.106732>

(5) Horta B. L., Bahl R., Martines J. C., Victora C. G. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: WHO Press, World Health Organization, 2007 : 52 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf

Avant, puis après la naissance, les professionnels sont nombreux à tenir un rôle dans la question de l'allaitement : médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, infirmières, etc. Leur niveau d'intervention dépend de leur profession et de la structure qui les emploie mais aussi de leur motivation personnelle.

Chacun occupe une place spécifique dans l'accompagnement de l'allaitement, mais cette place connaît de grandes variations suivant les priorités définies par les employeurs : hôpital, clinique, protection maternelle et infantile, etc. La motivation personnelle et les représentations des professionnels sur l'allaitement influent également sur leur implication dans ce domaine. Ainsi, les médecins généralistes, peu formés sur ce thème comme la plupart des professionnels de santé, prennent l'initiative d'aborder le sujet avec leur patiente selon l'importance qu'ils lui accordent et la légitimité qu'ils s'attribuent (1).

Les représentations des professionnels

La diversité des professionnels, que ce soit sur le plan de leur formation, de leur métier ou du regard personnel

qu'ils portent sur l'allaitement, devrait donner lieu à une grande variété de représentations¹ sur ce sujet. Or, les professionnels semblent s'être complètement approprié les messages sanitaires allant dans le sens d'une promotion de l'allaitement, diffusés depuis le début des années 1980, et les valeurs sociales qu'ils promeuvent.

Lors d'une sensibilisation réalisée auprès de quatre-vingt professionnels (médecins, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, infirmières, animatrices)², un travail sur leurs représentations a fait émerger les termes suivants : santé physique, bien-être, qualité du lien à l'enfant, suite logique de la grossesse, douceur, sérénité, transmission d'un héritage culturel, facilité, gain financier, etc. Autant d'éléments considérés comme favorisés par l'allaitement et mis en avant dans les plaquettes destinées à inciter les femmes à allaiter.

Ces représentations s'appuient sur une vision globale de l'allaitement – aspects physiques, psychologiques, environnementaux. Cependant, cette façon exclusivement positive de considérer l'allaitement – un seul professionnel en formation a cité un point négatif, l'inquiétude des mères – interroge l'ob-



jectivité et le recul de ces professionnels ainsi que leur capacité à accueillir les préoccupations ou les incertitudes des couples.

Allaiter : rien de plus simple ni de plus facile !

Cette vision positiviste s'impose aux femmes face à chaque question qu'elles se posent. Le rôle du père ? Il peut trouver sans difficulté sa place en portant son bébé, en lui parlant. Leur pudeur ? Certains vêtements cachent en grande partie le corps pendant l'acte d'allaitement. La douleur ? Les transformations du corps ? La sexualité ? Il existe une réponse simple à tout... Et de nombreux guides d'aide à l'allaitement proposent cette même formule simple de questions/réponses³. De ce fait, il n'est

pas rare que les professionnels de santé parlent des « fausses raisons » que les femmes mettent en avant pour ne pas allaiter : s'il y a une réponse toute prête, c'est qu'il n'y a pas vraiment de problème !

Donc, la grande majorité des professionnels et des outils de prévention prônent l'allaitement comme le bon choix : d'une part, il permet à la mère et à l'enfant d'être en bonne santé physique et mentale ; d'autre part, les quelques difficultés susceptibles de se présenter n'en sont pas puisqu'elles peuvent se résoudre rapidement et facilement. Quelle liberté pour les femmes face à ce discours, validé scientifiquement et partagé par la majorité des professionnels ? Pour Élisabeth Badin-

ter, elle est très limitée : « *Il y a peu de temps encore, on leur vantait l'allaitement comme un choix, un droit et un plaisir. À présent, le discours a changé et tend à se faire plus ferme. Faute de résultats satisfaisants, les promoteurs de l'allaitement sont passés à l'étape supérieure de la culpabilisation. On parle de moins en moins de droit et de plus en plus de devoir* » (2).

L'influence du milieu social, économique et culturel

Les femmes qui allaitent sont majoritairement issues de milieux aisés (3). La sociologue Séverine Gojard (4) (*lire l'article page 17*) explique cette particularité sociale par la coexistence de deux modèles d'allaitement : le « savant » et le « populaire ». Le modèle savant se ren-

contre plus fréquemment chez « les femmes diplômées de l'enseignement supérieur ou appartenant aux classes dominantes de la société. Il est associé à un discours normatif, construit et argumenté, d'origine médicale ou paramédicale. » Le modèle populaire concerne les mères peu diplômées et «... est le plus souvent associé à la prédominance de la famille dans les sources de conseils. » Ce chercheur conclut par ce constat : « les discours de promotion de l'allaitement maternel correspondent le plus souvent à un modèle savant d'allaitement. Ils sont donc voués à l'échec auprès des femmes qui ne relèvent pas de ce modèle... En revanche, ils ont un effet de stigmatisation néfaste pour les femmes de milieux supérieurs qui, pour une raison ou pour une autre, ne souhaitent pas ou n'apprécient pas d'allaiter. »

D'où l'importance pour les professionnels de prendre en compte l'environnement des mères (social, culturel, familial, etc.) pour proposer à chacune d'elles un accompagnement adapté l'autorisant à réaliser son propre choix pour l'alimentation de son enfant.

L'échec de l'allaitement : un risque psychologique majeur

Engager une femme, portée par l'assurance de ceux qui l'entourent, vers un choix d'allaitement qu'elle ne s'est pas approprié, présente des risques de divers ordres et qui varient d'intensité d'une femme à l'autre.

Sur le plan psychologique, la mère ne désirant pas allaiter, de façon consciente ou inconsciente, peut en supporter difficilement certains aspects comme le regard des autres ou l'intensité du ressenti physique. Par exemple, une douleur vécue comme acceptable dans un autre contexte peut devenir insupportable dans le cadre des tétées. Il peut s'ensuivre un mal-être auquel le bébé ne sera pas insensible, et parfois un abandon culpabilisant de l'allaitement. Autre exemple : une femme dont l'histoire a entraîné un rapport au corps difficile peut éprouver l'allaitement comme une véritable violence. Ces résistances psychologiques peuvent influencer défavorablement le processus physiologique de l'allaitement.

Les professionnels observent dans leur pratique qu'un allaitement qui échoue peut être très mal vécu par la femme. Celle-ci voit alors se retourner contre elle tous les arguments qui lui

ont été présentés en faveur de l'allaitement : en l'abandonnant, la santé de son enfant sera-t-elle compromise ? Sa relation avec lui moins bonne ? Son développement physique moins harmonieux ?

Comme l'explique Séverine Gojard, « dans la mesure où l'allaitement est censé être facile et plaisant, celles qui rencontrent des difficultés en viennent vite à culpabiliser, voire à mettre en doute leurs capacités maternelles, ou pire, l'affection qu'elles portent à leur enfant » (4).

Les femmes ayant choisi de nourrir leur enfant au biberon peuvent aussi s'inquiéter de ne pas lui offrir ce qui est présenté comme « le meilleur ». Mais souvent elles ont eu le temps d'assumer leur choix, les professionnels les ayant longuement incitées à étudier la possibilité de l'allaitement.

La posture du professionnel

Compte tenu des diversités sociales, culturelles et économiques des femmes, compte tenu des risques à engager une mère dans une démarche d'allaitement, le rôle du professionnel ne peut se limiter à la transmission d'informations scientifiquement validées. Il doit aider la femme et son compagnon dans leur cheminement, les écouter, les rassurer en respectant ce qu'ils sont, ce qu'ils savent et ce en quoi ils croient. Son objectif serait donc d'aider notamment les femmes (et leur famille) à comprendre ce qui, pour elles, est important dans le fait d'allaiter, que ce soit la tradition, l'envie de contact, la pression de la société, etc. C'est la garantie d'une démarche volontaire et persévérante de la mère. En particulier faire comprendre aux professionnels que les conseils doivent être adaptés au cas par cas, tout en respectant l'envie des femmes.

Pour cela, le professionnel doit favoriser l'expression des couples pour qu'ils fassent part de leurs envies, de leurs questions, de leurs contraintes ou de leurs inquiétudes sans craindre un jugement. Cela leur permettra de réaliser un choix qui soit réellement le leur, qu'ils seront davantage en mesure d'assumer. Cette démarche éducative est également bénéfique au professionnel qui, au lieu de fournir des informations, répondra directement aux préoccupations du couple et ainsi les accompagnera vers la solution la plus juste pour lui et l'enfant.

La formation des professionnels à la démarche éducative

La mise en œuvre de cette démarche éducative nécessite une formation spécifique pour des professionnels de santé qui ont été peu sensibilisés à cette approche pendant leurs études. En effet, les efforts déployés pour mettre en œuvre une telle démarche sont souvent le fait de la volonté propre d'un professionnel ou d'une équipe confrontés à des échecs. Cependant, il existe aussi à leur disposition une littérature en sciences humaines et en sciences sociales, ainsi que des professionnels de l'éducation pour la santé qui peuvent leur permettre de se former rapidement en bénéficiant des recherches et des expériences du terrain.

Ce type de formation spécifique, axée sur la démarche éducative, doit en tout premier lieu amener les professionnels à interroger leurs propres représentations de l'allaitement, de façon à ce qu'elles ne s'imposent pas à leurs patientes.

Ces formations doivent ensuite aborder la question des déterminants qui entrent en jeu dans le choix d'allaiter : rapport au corps, religion, tradition, culture, vécu personnel, environnement familial, conditions socio-économiques, etc. En effet, les professionnels vont devoir aider chaque femme, en favorisant son expression, à repérer la place de ces déterminants dans sa vie de façon à ce qu'elle opère un choix éclairé et assumé.

Ces formations doivent donc, dans un troisième temps, développer les compétences relationnelles des professionnels, nécessaires à l'instauration du dialogue et au développement de l'*empowerment* (capacité d'agir) des femmes.

Des temps d'échanges nécessaires

Le travail en réseau concourt également au développement de cette démarche éducative. La confrontation des points de vue de professionnels de différents champs d'intervention permet, en ouvrant sur les dimensions personnelles, sociales et socio-économiques des familles, de proposer une démarche d'accompagnement cohérente. Lors de la sensibilisation évoquée plus haut, les participants ont fait connaître leur satisfaction d'avoir échangé entre eux sur leurs représen-

tations et les différentes démarches mises en œuvre. Et, effectivement, ces échanges ont permis à chaque professionnel de progresser dans l'élaboration d'une démarche éducative correspondant à ses missions et à ses objectifs.

La qualité de l'accompagnement des couples sur la question de l'allaitement exige des connaissances issues aussi bien des sciences médicales que des sciences humaines et des compétences spécifiques, autant techniques qu'éducatives et relationnelles. La littérature et les expériences de terrain le démontrent, les référentiels de formation et les guides de bonnes pratiques des professionnels devraient faire une place beaucoup plus large à cette question.

Amélie Chantraine

Conseillère méthodologique,
Comité départemental d'éducation pour la santé d'Ille-et-Vilaine, Rennes.

1. La représentation selon F. Anvers dans la base de concepts de l'INPES (en ligne) : « Souvent synonyme d'image, la représentation définit le contenu de la pensée comme un mélange de connaissances, de valeurs, d'attitudes, d'opinions, d'attentes... Un ensemble plus ou moins organisé, plus ou moins structuré renvoyant au vécu, au conscient, au concret, au donné phénoménologique. »

Source : 700 mots-clefs pour l'éducation. 500 ouvrages recensés 1981-1991, Presses universitaires de Lille, 1992, p. 233.

2. Sensibilisation à l'utilisation du photo-expression « L'alimentation du nouveau-né », d'une durée de trois heures, d'octobre à décembre 2009 – Codes 35.

3. À titre d'exemples : *Coordination du Rhône pour la promotion de l'allaitement maternel*. L'allaitement maternel. Guide pratique à l'usage des professionnels de santé. Lyon : Ades du Rhône, 2003 : 38 p. et Le guide de l'allaitement maternel. Saint-Denis : INPES, 2009 : 70 p.

► Références bibliographiques

(1) Marchand-Lucas L., Lucas E. Les généralistes favorisent-ils l'allaitement ? *La Revue du praticien - Médecine générale*, avril 2001, t. 15, n° 533 : p. 725-730.

(2) Badinter É. *Le conflit, la femme et la mère*. Paris : Flammarion, 2010 : p. 137.

(3) Gojard S. L'allaitement, une pratique socialement différenciée. *Recherches et prévisions*, septembre 1998, n° 53 : p. 23-34.

(4) Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. *Spirale*, mars 2003, n° 27 : p. 133-137.

Maternité de Lons-le-Saunier : deux heures peau à peau pour « entrer dans la vie »

À la maternité de Lons-le-Saunier, le nouveau-né reste pendant les deux premières heures de sa vie en « peau à peau » avec sa mère. Le service s'est organisé pour favoriser le processus d'attachement entre la mère et l'enfant, l'idée étant que les parents se réapproprient l'accueil du nouveau-né. L'initiation à l'allaitement maternel fait partie de ce processus. Cela repose sur la formation et la posture des professionnels de santé de ce service labellisé « Hôpitaux amis des bébés ».

L'allaitement maternel, un temps passé de mode, devient aujourd'hui une aspiration profonde pour nombre de mères et de couples. Cette aspiration dépasse largement sa fonction première connue dans les sociétés ancestrales, à savoir « nourrir son enfant ». Or, si le désir d'allaiter peut être instinctif, l'art d'allaiter ne l'est pas et répond à un long apprentissage qui commence à la naissance et s'étaye au fil des rencontres familiales, sociales, avec la transmission des « petits trucs » de femme à femme. Cette chaîne étant rompue depuis le développement industriel des préparations pour nourrissons (appelées anciennement laits maternisés), il revient aux professionnels de santé de remplacer cette chaîne en apportant aux femmes enceintes la connaissance nécessaire pour se décider en toute liberté.

Créer une dynamique d'équipe

C'est le défi que nous essayons de relever à la maternité du centre hospitalier de Lons-le-Saunier, aidés dans notre démarche lorsque nous nous sommes attelés à remplir les dix conditions d'Initiative Hôpitaux amis des bébés (Ihab) (lire l'article de Marie-Claude Mar-

chand et al. page 32). Le premier label nous fut décerné en 2000, puis renouvelé en 2004 et enfin en 2008, en y associant le service de pédiatrie. Malgré notre souci permanent d'améliorer notre accompagnement des mères qui allaitent, il nous arrive de buter sur nos limites et d'être confrontés à l'échec en dépit de la meilleure volonté des parties en présence.

Au cours de la grossesse, au-delà du choix alimentaire pour l'enfant, nous avons constaté dans une étude cas-témoin que plus le déroulement de la grossesse était simple, plus il était aisé d'allaiter son enfant (1). Tout le suivi de la grossesse est organisé sur les notions de bas et haut risques, inspirées des listes de Kloosterman aux Pays-Bas. Les grossesses à bas risque sont essentiellement suivies par les médecins généralistes et les sages-femmes répartis sur le territoire de santé. Les grossesses à haut risque sont suivies par l'obstétricien. L'ensemble des patientes est orienté vers les cours de préparation à la naissance, avec un cours spécifique sur l'allaitement maternel, mais ils ne sont suivis que par 30 % d'entre elles.



Cette organisation globale de l'offre de suivi en amont est la plus difficile à mettre en œuvre. Elle nécessite en effet une importante volonté de pédagogie et de création de liens de complémentarité pour optimiser les compétences de chacun des acteurs de santé (réunions d'information, courriers, téléphone et disponibilité). L'évaluation permanente des pratiques pour que chacun soit à sa place, et surtout le bébé, s'appuie sur un dossier informatisé en temps réel afin de tempérer le passionnel – inclus dans le relationnel – par le rationnel des chiffres.

« Peau à peau » les deux premières heures

C'est en salle de naissance que les progrès ont été les plus spectaculaires. Suite à une étude (2) sur le comportement de cent nouveau-nés après la naissance, nous avons adopté une politique très volontariste pour laisser les mamans et les bébés en peau à peau permanent les deux premières heures de vie, afin de permettre une rencontre intime et la mise en route du processus d'attachement physiologique. Tous les bébés ont droit à cet accueil, le critère d'allaitement

n'intervient pas. La première tétée se produit dans les cinquante minutes suivant la naissance. En dehors d'un bonnet couvrant immédiatement la tête, les soins habituels sont réalisés au terme de ces deux heures avant le transfert dans la chambre en maternité, après une ultime vérification des constantes maternelles (involution utérine, pouls, tension artérielle et température). Ces « soins habituels » sont réduits au strict nécessaire. Seuls les enfants qui nécessitent une désobstruction ou un prélèvement gastrique dans un contexte infectieux (20 %) font l'objet de soins d'aspiration des voies aériennes et digestives. Aucun collyre ne leur est administré. Les soins au cordon et la pesée interviennent après ce premier contact extra-maternel. Enfin, pour les césariennes, le père assure le peau à peau, installé dans un fauteuil, dans une chambre chaude. Dès le retour en salle de réveil qui se trouve dans le bloc obstétrical, le bébé reprend sa place en peau à peau contre sa mère. En dehors de l'urgence vitale pour le bébé nécessitant son transfert immédiat en néonatalogie, tous les bébés (98 %) passent dans les bras de leur mère. 95 %

ont droit à la première tétée, indépendamment du choix qui sera fait ensuite d'allaiter ou non en toute liberté, peu de mères résistant à la tentation de cette rencontre.

Une fois arrivé dans le service de la maternité, le bébé séjourne en permanence dans la chambre de sa mère où, à la demande, le père peut aussi séjourner. Commence alors réellement le quotidien centré sur les soins au bébé sans négliger la maman. C'est d'abord la découverte de l'enfant attendu. Les conseils de position du bébé et de sa mère sont à nouveau formulés, réexpliqués en apprenant à la maman les signes d'efficacité de la tétée si elle opte pour l'allaitement maternel. Le premier bain ne sera délivré que lorsque les tétées seront bien installées pour gêner le moins possible l'adaptation et le lien olfactif à la mère. Dans le même temps, nous apprenons à la maman l'« activation » manuelle du lait (expression « manuelle du lait » qui correspond à la dénomination d'une pratique recommandée en ces termes par l'OMS) qui est un précieux moyen de préparer le

mamelon pour le rendre plus souple. Cette technique qui peut, à l'apprentissage, susciter certaines réactions de pudeur est d'une grande utilité au départ quand la tension mammaire liée à la montée laiteuse limite le mouvement du mamelon au fond de la bouche du bébé, limitation source de crevasses. Ultérieurement, elle permet d'évacuer le lait et de le recueillir si la maman est momentanément séparée de son enfant. Au cours de ce séjour qui dure en moyenne trois à cinq jours, le rythme propre à chaque couple mère-enfant s'installe. Les signes de bien-être du bébé sont détaillés à la maman avec observation de la qualité de la tétée et de la déglutition pour les mères qui allaitent, surveillance des couches, etc.

Le bébé ne sera pesé qu'au troisième jour de vie pour éviter l'interférence péjorative sur la confiance maternelle de la perte de poids initiale ; assez rapidement, le personnel cible les cas où le démarrage est sensible voire problématique. Les mères sont alors orientées vers les consultantes en lactation et un rendez-vous est fixé pour les revoir après leur départ de la maternité. Malgré toute l'attention portée, 6 à 8 % des mères, face aux difficultés rencontrées, décident de passer au biberon. Il est alors important de dédramatiser la situation pour éviter que ne s'installe un sentiment d'échec voire de culpabilité. Toutes ces procédures sont appliquées dans le service de pédiatrie en les adaptant aux besoins vitaux de l'enfant.

Points fondamentaux de la relation mère-enfant

Le jour du départ, après la visite obstétricale et pédiatrique, nous rappelons aux mères la possibilité d'accès aux consultantes en lactation et les numéros de téléphone des associations de mères écoutantes en lactation, qui assurent une permanence téléphonique de soutien.

Toute cette organisation est évaluée en permanence par la saisie dans le dossier informatisé du patient des critères de surveillance de l'allaitement qui répondent au cahier des charges de l'Ihab développé, en France, par la Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM). Ces procédures, qui peuvent paraître lourdes, sont cependant indispensables pour assurer aux mères des conseils de qualité qui ne cèdent pas à la prescription

d'un biberon de complément sans analyser la cause. Là aussi, notre expérience de « maternité amie des bébés » nous a démontré l'importance des réévaluations des pratiques tous les quatre ans. Car, entre chaque réévaluation, les indicateurs montrent une baisse de la vigilance des professionnels. Notre expertise en la matière a également permis d'extraire les points fondamentaux de la relation mère-enfant qui sont strictement superposables aux bébés non allaités. Ceux-ci profitent alors des mêmes conditions de maternage sans la relation nourricière au sein. Ces dispositions apportent une grande sérénité dans nos espaces de naissance.

En conclusion, dans notre établissement, la promotion de l'allaitement maternel, au-delà des résistances aux changements de pratiques, nous a davantage orientés vers l'indispensable relation mère-enfant intégrant précocement la fonction du père. Elle a développé dans notre équipe du dynamisme, de la curiosité et aussi de la simplicité dans notre quotidien. Les parents se réapproprient la naissance et l'accueil de l'enfant.

Francis Schwetterlé

Chef du service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier, Lons-le-Saunier.

équilibrés

Une lettre d'information mensuelle pour tout savoir sur l'actualité et de la prévention et de l'éducation pour la santé

Tabac

Le tabac est responsable de 100 000 décès par an en France. C'est la première cause de mortalité évitable. Arrêter de fumer maintenant permet de réduire de moitié le risque de mourir d'un cancer du poumon et de moitié le risque de mourir d'un infarctus.

ÉVÉNEMENT Sida : l'Inpes en campagne contre les discriminations

À l'occasion de la Coupe du Monde de football organisée en Afrique du Sud, le ministère de la Santé a lancé une campagne de sensibilisation en duo avec pour objectif de lutter contre les discriminations. Le Sida est une maladie grave et mortelle. Elle est évitable et se transmet par le sang, les relations sexuelles non protégées et de la mère à l'enfant. L'Inpes a lancé une campagne de sensibilisation en duo avec pour objectif de lutter contre les discriminations. Le Sida est une maladie grave et mortelle. Elle est évitable et se transmet par le sang, les relations sexuelles non protégées et de la mère à l'enfant.

Combattre les fausses croyances

Chaque année, 100 000 femmes en France souffrent de douleurs pendant leur grossesse. Ces douleurs sont souvent liées à de fausses croyances. Il est important de lutter contre ces fausses croyances pour améliorer le bien-être des femmes pendant leur grossesse.

Lutter contre les discriminations

Le Sida est une maladie grave et mortelle. Elle est évitable et se transmet par le sang, les relations sexuelles non protégées et de la mère à l'enfant. L'Inpes a lancé une campagne de sensibilisation en duo avec pour objectif de lutter contre les discriminations. Le Sida est une maladie grave et mortelle. Elle est évitable et se transmet par le sang, les relations sexuelles non protégées et de la mère à l'enfant.

RISQUES SOLAIRES : quelle approche ?

Le soleil est une source de bien-être, mais il présente également des risques pour la santé. Il est important de prendre des précautions pour éviter les coups de chaleur, les coups de soleil et les brûlures.

DESCRIPTION VIH : réagir dès la prise de risque

Le VIH est une maladie grave et mortelle. Elle est évitable et se transmet par le sang, les relations sexuelles non protégées et de la mère à l'enfant. Il est important de réagir dès la prise de risque pour éviter l'infection.

Références bibliographiques

(1) Rollet P. *L'allaitement maternel* [thèse]. Besançon : faculté de médecine, 2000.

(2) Ballard C. *Maternité « amie des bébés »* ou plaidoyer pour les bébés en bonne santé. *Les dossiers de l'obstétrique*, octobre 2004, n° 331 : p. 4-9.

(3) Maria B. *Pratiques obstétricales et démarrage de l'allaitement maternel. Soins efficaces en obstétrique*, 2005.

(4) Schwetterlé F. *Comment concilier l'éthique financière du label Ihab et les liens avec l'industrie ?* Première journée nationale sur l'« Initiative Hôpitaux amis des bébés » (Ihab) en France, 2007.

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr

Inpes Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

28 LA SANTÉ DE L'HOMME - N° 408 - JUILLET-AOÛT 2010

Allaiter ou pas ? Témoignages croisés

Pourquoi les femmes décident-elles d'allaiter ou non ? Quels facteurs entrent en ligne de compte dans ce choix ? Témoignages de deux mères, recueillis à la maternité de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges dans le Val-de-Marne.

► « Un geste naturel auquel m'a initié ma mère »

« Allaiter est pour moi un geste tout à fait naturel. Un acte qui m'a été montré par ma mère et que je reproduis sans difficulté particulière. Je le pratique pour mon quatrième enfant, comme pour les trois précédents, avec plaisir. Je sais que ce choix n'est pas si simple pour une femme qui n'a pas eu l'habitude, dans son entourage familial, de voir en quoi l'allaitement est avant tout une organisation. Ma mère a allaité tous ses enfants sauf la dernière. Elle m'en a parlé, très tôt. Au début de ma grossesse, elle m'a donné des conseils. Elle m'a montré la façon d'installer le bébé, de le prendre, comment ne pas avoir peur. Car cela fait un peu peur tout de même. Il y a les montées de lait, des étapes à respecter, de quoi parfois s'interroger. J'ai allaité mes trois enfants précédents durant les trois premiers mois. À chaque fois, j'ai fait en sorte que l'allaitement soit intégré quotidiennement au rythme de l'enfant, sans perturber la vie de famille. L'al-

laitement, c'est vraiment une organisation, un processus. C'est une évidence qui m'a été inculquée et que je ressens aujourd'hui. Ensuite vient le temps du biberon.

Mon choix de l'allaitement est conforté par le sentiment de bonheur que j'éprouve dans l'accompagnement de mon enfant. Mais, avant ce bonheur, allaiter est aussi pour moi le choix de la facilité. Les conseils prodigués par ma mère sont de même nature que ceux qui me sont donnés ici à la maternité. Ce qui d'ailleurs me rassure totalement si parfois j'ai quelques craintes ou interrogations. Vraiment, allaiter est une situation à vivre, un moment très important. »

► « Une réelle décision à prendre et c'est votre choix »

« Comme pour mes deux enfants précédents, j'ai fait le choix de ne pas allaiter ma petite dernière. Ce n'est d'ailleurs pas faute de ne pas avoir essayé. Mais j'ai trouvé cela très douloureux. On dit que les femmes qui ont une forte poitrine ont une grande facilité pour allaiter : en réalité, ce n'est pas du tout le cas. D'abord, sur le plan technique, c'est une question de tétion : plus il est gros, plus le bébé a du mal à téter. J'ai néanmoins essayé en tentant de surmonter ces difficultés, en écoutant les conseils qui m'étaient donnés, mais j'ai vite laissé tomber car cela me faisait mal.



« Il y a beaucoup d'inquiétudes chez les mamans »

« Je suis sage-femme de formation. Mais mes diplômes n'étant pas reconnus en France, j'exerce la fonction d'aide-soignante et de consultante en lactation à la maternité. J'ai pour mission d'aider les femmes, de les informer. Je n'impose aucun choix et n'oriente aucune décision. Je rencontre beaucoup d'inquiétudes chez les mamans sur la question de l'allaitement. Toutes sortes d'interrogations sont posées, certaines idées sont véhiculées par le bouche à oreille et suscitent des troubles. Je constate que les mamans qui me parlent de leurs doutes ont très souvent le même type d'interrogations : elles me demandent des informations sur la qualité de leur lait, si elles en ont assez ; elles s'interrogent sur la façon dont le bébé va réagir si elles l'allaitent ou non. Chez le bébé, l'allaitement vient tout seul. Elles parlent aussi des douleurs, des montées de lait, de la fatigue que cela peut provoquer. Elles craignent les difficultés que ce choix pourrait occasionner au moment de la reprise du travail. Face à l'ensemble de ces interrogations et au cas par cas, je donne les informations et je leur laisse le choix.

J'observe tous les cas de figure : beaucoup de femmes changent d'avis au fur et à mesure de la grossesse ou après la naissance. Certaines avaient allaité pour le premier enfant et n'allaitent pas pour le second, ou inversement. D'autres qui, en salle de travail juste avant l'accouchement, continuent de se tourmenter par crainte de ne pas faire le bon choix. Et à l'inverse, des mères dont la décision est évidente, qui par exemple allaitent parce que leurs propres mères ont allaité. »

Témoignage de Dalila Frih, consultante en lactation à la maternité de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges.

Au moment de mon deuxième accouchement, j'ai eu la même sensation. J'ai donné mon lait pendant les trois premiers jours et j'ai, pour les mêmes raisons, arrêté. Cette fois, j'ai donné à ma petite fille la tétée de bienvenue, c'est tout. Honnêtement, je n'ai pas joué la carte de la facilité en donnant le biberon. J'ai tenté l'allaitement, mais cela n'a pas marché. Je me suis posé des questions. J'ai interrogé mon médecin traitant, mon pédiatre notamment, sur les conséquences éventuelles que ce choix aurait pour mon bébé. Je suis totalement persuadée, et je le vois avec mes enfants, que cela n'a pas d'importance sur le développement de l'enfant. Les mamans ont une réelle décision à prendre et c'est leur choix. Mais, j'ai envie de leur dire qu'il ne faut pas qu'elles se braquent. Si elles ont envie d'allaiter, elles allaitent. Sinon, elles donnent le biberon. Il n'y a pas de question de santé du bébé. Vous savez, je donne à ma petite fille tout l'amour que je possède, avec ou sans allaitement ! »

Propos recueillis par Denis Dangaix

Droit d'allaitement sur le lieu de travail : peu adapté, peu pratiqué

La loi française et le code du travail prévoient que les femmes peuvent consacrer une heure de leur temps de travail quotidien à l'allaitement maternel et que toute entreprise de plus de cent salariées doit mettre à disposition un local *ad hoc*. Dans la pratique, l'allaitement est peu pratiqué en milieu professionnel parce que peu d'employeurs connaissent leur obligation et peu de femmes leur droit, et qu'il n'est pas simple d'allaiter ou d'extraire et conserver son lait sur le lieu de travail.



En France, 24 % des femmes poursuivent l'allaitement après la reprise du travail¹. Elles sont nombreuses à ne pas réussir à concilier l'allaitement avec cette reprise en raison, entre autres, du manque d'un endroit adéquat pour allaiter ou tirer et conserver leur lait sur leur lieu de travail (1), et de la nécessaire organisation personnelle et professionnelle que ce choix implique.

Droit d'allaiter sur le lieu de travail

Une loi française très ancienne (1917) a institué les pauses et les chambres d'allaitement sur le lieu de travail (2). Ces dispositions sont toujours effectives près d'un siècle plus tard. Le code du travail (3) inclut plu-

sieurs articles (L1225-30 à L1225-33)² sur l'allaitement en milieu professionnel. En complément, plusieurs règlements (R4152-14 à R4152-28 ; R1225-5 et R1225-6) en définissent les modalités d'application. Ils semblent être, cependant, mal connus, tant d'une grande majorité d'employeurs que des femmes.

D'une manière générale, ces dispositions du code du travail sont peu ou pas appliquées en France dans les entreprises, ce qui n'incite pas les femmes, de retour dans l'entreprise à l'issue de leur congé maternité de douze semaines, à poursuivre l'allaitement. Le fait de connaître ces dispositions pourrait aider les mères salariées à faire valoir leurs droits auprès de leurs employeurs.

Une heure par jour

Élément central du dispositif, l'article L1225-30 stipule que « pendant une année à compter du jour de la naissance, la mère salariée qui allaite son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail ». Cette heure est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une le matin, l'autre l'après-midi. La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminée par un accord entre la salariée et l'employeur. À défaut d'accord, cette période est placée au milieu de chaque demi-journée de travail (cf. article R1225-5).

À noter qu'en pratique, si la mère n'allait pas son enfant sur place, elle peut extraire son lait pendant ces deux périodes de trente minutes si elle dispose de moyens nécessaires sur son lieu de travail, ce pour entretenir sa lactation. En effet, si le code du travail prévoit ce temps uniquement pour l'allaitement en direct de l'enfant, dans la pratique, les femmes peuvent soit allaiter leur enfant sur place, soit tirer leur lait pour le donner à leur enfant plus tard (2).

Cette heure d'allaitement doit être prise sur place et ne permet en théorie pas aux femmes de s'absenter de leur lieu de travail (2). Cependant, il arrive que les femmes négocient avec leurs employeurs l'autorisation de pouvoir arriver plus tard, et/ou de partir plus tôt, afin de pouvoir allaiter leur enfant à leur domicile. Il revient en effet à chaque femme d'opter pour le disposi-

tif qui lui convient le mieux. Par ailleurs, le code du travail ne prévoit pas la rémunération des pauses d'allaitement. Toutefois, cette heure peut être rémunérée, en particulier dans le cadre de certaines conventions collectives (3).

Des locaux dédiés

Selon l'article L1225-31, « *la salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement* ». Un certain nombre d'articles réglementaires définissent les conditions des locaux dédiés à l'allaitement³. Certaines entreprises mettent en place des modalités pour promouvoir l'allaitement auprès de leurs salariées (*lire ci-dessous le dispositif mis en œuvre au sein de l'entreprise Michelin*). Mais elles sont très peu nombreuses à prendre ce type d'initiative, même si « *tout employeur de plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établisse-*

ment ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement » (article L1225-32).

Par ailleurs, une majorité d'employeurs n'a pas connaissance des bénéfices de l'allaitement sur la santé des enfants et de leurs mères. L'allaitement maternel réduirait l'absentéisme au travail car les enfants allaités seraient moins malades et, de ce fait, les mères salariées seraient donc moins absentes.

La reprise du travail demeure l'une des principales raisons de l'arrêt précoce de l'allaitement, car ce choix nécessite notamment une solide organisation dans la vie personnelle et professionnelle. En pratique, il n'est pas simple de faire garder son enfant à proximité de son lieu de travail et encore plus complexe de faire venir son enfant sur place pour pouvoir lui

donner la tétée. Autre difficulté à surmonter : si la mère décide de tirer son lait sur place, encore faut-il qu'elle dispose de moyens pour le tirer (tire-lait), le conserver (réfrigérateur) et le transporter de façon à ce que la chaîne du froid soit respectée (glacière ou sacs isotherme avec pack).

En conclusion, on constate qu'un faible nombre d'entreprises a mis en place une organisation facilitatrice pour l'allaitement maternel de ses salariées. Une réglementation existe, mais elle est peu appliquée et peu adaptée aux enjeux du développement de l'allaitement maternel.

Carolina Belomo de Souza

Nutritionniste, chargée de mission
en éducation et promotion de la santé,
INPES.

Chez Michelin, un dispositif pour faciliter l'allaitement maternel

Depuis 2005, sur ses quatre sites clermontois, le groupe Michelin propose aux salariées qui le souhaitent de concilier allaitement maternel et vie professionnelle. Cette démarche s'inscrit dans la démarche « Performance et responsabilité Michelin », visant à favoriser un meilleur équilibre entre vie familiale et vie privée.

Concrètement, le service du personnel informe la future mère, dès le cinquième mois de grossesse, qu'elle peut bénéficier :

- d'un soutien en allaitement pendant sa grossesse et après la naissance de la part d'une infirmière « référente » du service santé travail de son site ;
- d'un dispositif lui permettant de poursuivre l'allaitement de son enfant au terme de son congé maternité si elle le souhaite. En effet, elle dispose d'une heure par jour, soit pour allaiter l'enfant sur son lieu de garde, soit pour extraire son lait à l'infirmierie de son lieu de travail, afin de le confier le lendemain aux personnes qui gardent l'enfant.

Le dispositif repose sur le service santé au travail et les crèches de l'entreprise : au total, douze référentes (infirmières et puéricultrices) formées par une intervenante extérieure sont réparties sur les quatre sites Michelin et dans les deux crèches (l'une Michelin, l'autre inter-entreprises). Soulignons l'enthousiasme des « référentes », toutes volontaires et qui ont accepté de suivre une formation *ad hoc*.

D'un point de vue matériel, l'organisation est légère et peu coûteuse :

- les crèches ont adapté leur organisation et leurs pratiques en y intégrant de la souplesse et une posture d'écoute des bébés et des parents. Les salariées sont encouragées à venir nourrir leur enfant dans la journée ; elles peuvent également apporter le lait maternel en complément ou exclusivement. Les parents peuvent bénéficier d'une information individuelle ou collective au cours de réunions sur l'allaitement maternel et sa poursuite à la reprise du travail ;
- les infirmeries sont organisées pour recevoir les mamans qui souhaitent extraire leur lait et le conserver : salle de repos, point d'eau et réfrigérateur.

Ce dispositif rassure les mères souhaitant allaiter leur bébé. Il permet de rendre moins difficile la séparation mère-enfant à la reprise du travail. Vingt-cinq femmes environ bénéficient de ce service chaque année à Clermont-Ferrand.

Régine Gauthier

Référente, crèche les 3 Récrés,

Chantal Rubio

Directrice, crèche des Balladoux,

Claire de La Forge

Responsable du projet, Michelin, Clermont-Ferrand.

1. Échantillon de 1 008 femmes de 18 à 49 ans ayant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans. Échantillon national représentatif de femmes dans cette tranche d'âge. Enquête INPES/BVA, 2010.

2. Pour information, l'article L1225-33 prévoit « un décret en Conseil d'État détermine, suivant l'importance et la nature des établissements, les conditions d'application de la présente sous-section ».

3. *Ce local dédié à l'allaitement doit être :* « 1- séparé de tout local de travail ; 2- aéré et muni de fenêtres ou autres ouvrants à châssis mobiles donnant directement sur l'extérieur ; 3- pourvu d'un mode de renouvellement d'air continu ; 4- convenablement éclairé ; 5- pourvu d'eau en quantité suffisante ou à proximité d'un lavabo ; 6- pourvu de sièges convenables pour l'allaitement ; 7- tenu en état constant de propreté. Le nettoyage est quotidien et réalisé hors de la présence des enfants ; 8- maintenu à une température convenable dans les conditions hygiéniques » (cf. article R4152-13).

► Références bibliographiques

(1) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Allaitement et activité professionnelle. Faits et chiffres* [l'allaitement maternel], n° 9, juillet 2009.

En ligne : <http://www.who.int/features/fact-files/breastfeeding/facts/fr/index8.html>. [dernière consultation le 9/04/2010].

(2) Herzog-Evans M. *Allaitement maternel et droit*. Paris : L'Harmattan, coll. La justice au quotidien, 2007 : 160 p.

(3) Code du travail ; version en vigueur au 1^{er} mai 2008 et consolidée au 26 mars 2010. En ligne : www.legifrance.gouv.fr [dernière consultation le 6/04/2010].

« Initiative Hôpitaux amis des bébés » : pour la qualité des soins en maternité

Onze maternités¹, en France, fonctionnent à ce jour avec le label « Hôpitaux amis des bébés ». Ce label est décerné sur la base d'un référentiel de critères scientifiques favorisant l'écoute et l'accompagnement des tout jeunes parents, la relation mère-enfant et le développement du nouveau-né : contact peau à peau privilégié, accompagnement des mères... Expliquer aux parents de façon claire ce qui se passe et reconnaître leurs compétences leur redonnent confiance et évitent des difficultés relationnelles ultérieures.

L'Initiative Hôpitaux amis des bébés (Ihab) est une démarche qualité permettant d'intégrer les recommandations professionnelles dans la pratique quotidienne des maternités. Son objectif est de garantir la qualité des soins délivrés aux usagers, c'est-à-dire aux nouveau-nés et à leurs parents, pour répondre en toute sécurité à leurs besoins physiques, psychologiques et culturels. Il s'agit de comprendre et respecter ces besoins et d'organiser tous les soins en fonction des rythmes biologiques de l'enfant et de sa mère.

Références scientifiques validées

L'Ihab repose sur un argumentaire scientifique précis et abondant, publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 1990, pour favoriser l'allaitement maternel (1). Les programmes internationaux, européens et français traitant des soins aux nouveau-nés et de l'alimentation du jeune enfant font une large place à l'Ihab (2, 3). Cette initiative figure également dans les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) sur l'allaitement maternel, reprises dans le chemin clinique publié par la Haute Autorité de santé (HAS) (4). L'écart est encore grand entre ces recommandations et les pratiques actuelles (5, 6).

Ces règles mondiales représentent le standard de référence pour l'obtention du label « Hôpitaux amis des bébés ». Elles donnent pour chaque étape ou condition des critères explicites :

- les conditions 1 et 2 qui concernent

l'engagement affiché de l'établissement dans la démarche Ihab et la formation des soignants, composante indispensable de la stratégie, constituent les fondations de l'initiative ;

- les conditions 3 et 10 concernent l'information prénatale et le travail en réseau afin d'assurer aux parents une information et un soutien pré- et post-natal ;

- les conditions 4 à 9 décrivent les règles de bonnes pratiques de soin auprès des bébés et de leur mère ; peau à peau, première tétée précoce, proximité mère-bébé, accompagnement des mères qu'elles allaitent ou non, observation des tétées et repères de l'allaitement, entretien de la lactation en cas de séparation, indications justifiées des compléments. Les mères qui n'allaitent pas sont informées de la manière de préparer et de donner les biberons.

- la condition 11 demande de respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, afin de protéger l'allaitement maternel en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel quand ils sont nécessaires grâce à une information adéquate, une commercialisation et une distribution appropriées (7, 8). Il est essentiel de respecter la transparence totale des relations entre professionnels et industriels, d'éviter les situations de conflits d'intérêts et de ne pas faire de promotion auprès des familles pour les laits industriels, les biberons et les tétines.

La version complète de ce référentiel est disponible sur le site de la Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM) : www.coordination-allaitement.org.

Formation du personnel et projet d'équipe

L'adhésion à cette initiative demande la formation de tout le personnel du service mais avant tout une réflexion commune, tous grades confondus, autour de l'organisation des soins. En particulier, les auxiliaires de puériculture sont valorisés dans leurs compétences d'observation clinique, d'écoute des mères et d'accompagnement au quotidien.

L'Ihab exige donc un réel investissement de la part de toute une équipe pour s'engager dans une démarche explicite et évaluable. Les services ayant adopté ce projet découvrent rapidement, même avant d'avoir obtenu le label, à quel point il fédère et motive une équipe et redonne à la naissance sa véritable dimension intime, émotionnelle, affective, familiale et aussi sociale, en personnalisant les soins, en laissant des choix aux parents et en garantissant la sécurité.

Le pilotage du projet par un groupe pluriprofessionnel est un atout. La première phase consiste à procéder au bilan de l'existant avec l'auto-évaluation des pratiques (formulaire disponible à la CoFAM) pour repérer les points forts et les points faibles. L'utilisation régulière de ce formulaire dans le service permet aussi d'évaluer l'avancement du projet.

Dispositif d'évaluation

L'évolution des données statistiques sur les modes d'alimentation des bébés, et en particulier le taux d'allaitement exclusif de la naissance à la sortie, fait

partie des critères d'évaluation. Il est donc nécessaire de mettre en place un système de recueil de données fiable et pérenne. Plusieurs études ont montré l'impact des pratiques hospitalières sur la durée de l'allaitement exclusif et la durée totale de l'allaitement (9).

L'évaluation externe² comprend une évaluation des processus, des pratiques et des résultats : un entretien avec la direction et les cadres du service ; des entretiens avec des femmes enceintes et des mères ; des entretiens avec des professionnels de toutes catégories ; des périodes d'observation dans les services, de jour et de nuit ; l'examen des documents écrits (politiques, programmes de formation, documents remis aux mères). En fin d'évaluation, les évaluateurs transmettent leurs observations à l'équipe lors d'une réunion de synthèse. Éventuellement, des actions correctrices peuvent être mises en œuvre rapidement, et leur résultat est communiqué au responsable de

l'évaluation avant la réunion du comité d'attribution. Après lecture du rapport d'évaluation, un comité composé de représentants des différentes catégories professionnelles et des usagers décide de l'attribution ou non du label.

En France, l'Ihab a débuté en 2000. Onze maternités sont labellisées à ce jour et la démarche est désormais un objectif de nombreuses maternités ainsi que de régions ou de réseaux de périnatalogie (10).

Conclusion

Une équipe « amie des bébés » soutient les parents dans leur compréhension du comportement de leur enfant, leur permettant ainsi d'acquérir progressivement une autonomie, tout en garantissant la sécurité médicale. Écouter les parents, les accompagner et non pas faire à leur place, leur expliquer de façon claire ce qui se passe, reconnaître leurs compétences, voilà qui permet de redonner confiance aux parents et

d'éviter bien des difficultés relationnelles ultérieures.

L'Ihab est une démarche volontaire qui peut s'intégrer dans un programme d'amélioration continue de la qualité lors de la préparation à la certification (amélioration de la prise en charge du patient). Elle peut constituer une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) conduite en mode projet.

Globalement, il est souhaitable d'étendre le concept « amis des bébés » à d'autres lieux de soins : ceci est réalisé depuis 2009 pour les services de néonatalogie³, ce pourrait être aussi utile pour les soins de santé primaire (PMI), cabinets libéraux, services de pédiatrie, crèches, etc. (11).

Marie-Claude Marchand

Pédiatre,

Claire Laurent

Médecin,

Kristina Lofgren

Consultant en lactation, IBCLC.

► Références bibliographiques

(1) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité*. Déclaration conjointe OMS et FISE (Unicef). Genève : OMS, 1989 : 32 p.

(2) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève : OMS, 2003.

En ligne : http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf [dernière consultation le 28/05/2010]

(3) NICE Clinical guideline 37. *Routine postnatal care of women and their babies*. Juillet 2006 : 46 p. En ligne : www.nice.org.uk/cg037 [dernière consultation le 28/05/2010]

(4) Haute Autorité de santé (HAS). *Favoriser l'allaitement maternel. Processus – Évaluation*. Saint-Denis La Plaine : HAS, juin 2006 : 55 p.

(5) Bartick M., Stuebe A., Shealy K. R., Walker M., Grummer-Strawn L. M. Closing the quality gap: promoting evidence-based breastfeeding care in the hospital. *Pediatrics*, 2009, vol. 124, n° 4 : p. 793-802.

(6) Declercq E., Labbok M. H., Sakala C., O'Hara M. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, n° 5 : p. 929-935.

(7) Substituts du lait maternel : un « Code international de marketing » bafoué. *Revue Prescrire* (Éditorial), décembre 2005, n° 267 : p. 855-856.

En ligne : <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI25877.pdf> [dernière consultation le 28/05/2010]

(8) Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Promotion de l'allaitement maternel et informations destinées aux parents sur les préparations pour nourrissons : 2 politiques de communication incompatibles ? *Archives de pédiatrie*, juillet 2009, vol. 16, n° 7 : p. 971-975.

(9) Abrahams S. W., Labbok M. H. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 2009, n° 4 : p. 11. En ligne : <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/11> [dernière consultation le 28/05/2010]

(10) Marchand M.-C., Pilliot M., Löfgren K. Initiative Hôpital ami des bébés : une démarche de qualité actuelle et méconnue. *Médecine & enfance*, décembre 2006, vol. 26, n° 10 : p. 585-589.

(11) Unicef, WHO. *Baby-Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care*. 2009. En ligne : www.unicef.org/nutrition/index_24850.html [dernière consultation le 28/05/2010]

D'autres références sont disponibles auprès de l'auteur, mclmarchand@aol.com

1. Pôle mère-enfant du centre hospitalier de Lons-le-Saunier, Jura ; maternité du centre hospitalier de Cognac, Charente ; hôpital de Saint-Affrique, Aveyron ; maternité du centre hospitalier de Mont-de-Marsan, Landes ; maternité du centre hospitalier d'Arcachon, Gironde ; maternité de la clinique Adassa, Alsace ; maternité des Bluets, Paris ; pôle mère-enfant du centre hospitalier de Roubaix, Nord ; maternité du centre hospitalier de Cambrai, Nord ; maternité du centre hospitalier d'Anenis, Loire-Atlantique ; maternité du centre hospitalier de Saint-Nazaire, Loire-Atlantique.

2. Cette évaluation extérieure est réalisée par des évaluateurs désignés par la CoFAM qui visitent l'établissement et rédigent un rapport d'évaluation. L'évaluateur est un expert reconnu dans le domaine de l'allaitement du fait de sa formation et de son expérience. Il a suivi une formation spécifique sur l'Ihab et la conduite de l'évaluation. L'évaluateur est tenu au respect de la confidentialité des informations dont il a connaissance à l'occasion de sa mission. Il s'engage à déclarer les conflits d'intérêts pouvant interférer avec sa mission.

3. Dans ce cadre, des outils spécifiques pour évaluer les services travaillant en pôle femme-mère-enfant (incluant les services d'hospitalisation de nouveau-nés et unités mères-enfants) ont été élaborés en France en 2009. Les critères sont adaptés aux besoins des enfants hospitalisés et de leurs parents, et détaillés dans un formulaire d'auto-évaluation. Sont en particulier évalués : les moyens mis en œuvre pour favoriser la proximité du bébé avec sa mère ; les actions entreprises pour que chaque bébé puisse être nourri avec le lait de sa mère, en l'absence de contre-indication médicale ; l'accompagnement respectueux des parents et la qualité de la coordination avec la maternité (analyse des liens entre les services montrant comment les mères sont accompagnées dans l'allaitement et l'établissement du lien avec leur enfant). Les installations des services d'hospitalisation des nouveau-nés sont observées à titre informatif, mais n'entrent pas dans la notation. Il sera tenu compte des efforts produits par les professionnels pour assurer le confort de l'enfant et surtout pour rapprocher mère et enfant.

Politique publique de soutien à l'allaitement maternel : l'expérience du Brésil

Depuis plusieurs décennies, le Brésil a mis en place une stratégie de soutien à l'allaitement maternel dans le cadre de sa politique de santé publique. Ce vaste dispositif inclut des campagnes médiatiques, la formation des professionnels, des conseils individualisés en allaitement et une réglementation qui favorise cette pratique. Le congé de maternité a été porté à six mois depuis 2008 mais la « culture du biberon » reste forte.

La constitution fédérale brésilienne définit la santé comme un « droit de tous et devoir de l'État ». Dans ce cadre, un système unique de santé (SUS) a été créé en 1988, marquant le développement de la politique de santé du Brésil (*lire l'encadré page 34*).

Depuis le début des années 1980 – avant la création du système unique de santé –, le Brésil a inclus dans ses priorités de santé la promotion, la protection et le soutien à l'allaitement maternel. La cellule technique de la santé de l'enfant et de l'allaitement maternel assume cette responsabilité au sein du ministère de la Santé. Elle élabore les lignes d'action politique et technique, soutient la mise en œuvre de cet

objectif dans les États et les villes, s'appuyant pour ce faire sur des coordinateurs responsables de la mise en œuvre des stratégies au niveau local.

Au Brésil, l'allaitement maternel est très répandu (1), mais cette pratique est abandonnée précocement et le niveau d'allaitement demeure en deçà des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutefois, au cours des dernières décennies, l'allaitement maternel a progressé depuis la mise en œuvre du Programme national de soutien à l'allaitement maternel.

En 2008, la deuxième Enquête nationale de prévalence de l'allaitement maternel (2) a montré que 67,7 % des enfants débutent l'allaitement dans la

première heure de vie. La prévalence de l'allaitement maternel pour les enfants âgés de 9 à 12 mois est de 58,7 %. La durée médiane de l'allaitement maternel est de 11,2 mois (*Figure 1*) et la prévalence de l'allaitement maternel exclusif est de 51,2 % pour les enfants de moins de 4 mois (*Figure 2*).

Politique nationale de soutien à l'allaitement maternel

Le Programme de soutien à l'allaitement maternel (3) lancé en 1981 et qui vise à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement, est parfois cité en référence au niveau international pour la diversité des actions qu'il recouvre : campagnes médias, formation des professionnels de santé, conseils individualisés, élaboration et mise à disposition de matériel éducatif, création de groupes d'appui dans les communautés, instauration de lois de protection de l'allaitement, contrôle du marketing des laits artificiels.

Les interventions sont mises en œuvre aux trois niveaux de gestion du SUS : fédéral, État et Villes. La politique nationale de l'allaitement maternel actuelle s'articule autour de six axes stratégiques (*Figure 3*).

- Le soutien à l'allaitement maternel dans le *niveau primaire* du SUS¹ est réalisé par l'intermédiaire de « Rede Amamenta Brasil » (Réseau Allaitement Brésil). Cette stratégie, lancée en 2008, repose sur la supervision du travail interdisciplinaire des unités basiques de santé (UBS, équivalent à des dispensaires). Elle s'appuie sur le principe

Le système unique de santé brésilien

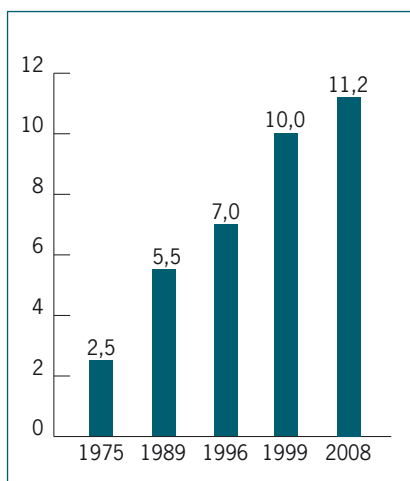
Le système unique de santé a comme principes :

- l'*universalité* – garantie d'attention à la santé pour toute la population, sans restriction ;
- l'*équité* – droit à être reçu, sans discriminations ni privilèges, en accord avec les besoins de chaque individu ;
- l'*intégralité* – ensemble articulé et continu d'actions et de services préventifs et curatifs, individuels et collectifs, exigés pour chaque cas à tous les niveaux du système.

Les directives qui orientent le fonctionnement du système unique de santé sont :

- la *décentralisation* – le transfert de responsabilité de gestion pour les villes, sous des déterminations constitutionnelles et légales qui fondent le système unique de santé et qui définissent les attributions communes et les compétences spécifiques au niveau fédéral, des États et des villes ;
- la *hiérarchisation* – organisation des services de santé selon la complexité et les actions développées ;
- la *régionalisation* – actions de santé dispensées dans un secteur géographique délimité, avec définition de la population concernée ;
- la *participation des citoyens* – garantie constitutionnelle de la participation de la population, par ses entités représentatives, au processus de formulation des politiques de santé et du contrôle de son exécution, à tous les niveaux, du fédéral au local.

Figure 1. Durée médiane (en mois) de l'allaitement maternel au Brésil, 1975-2008



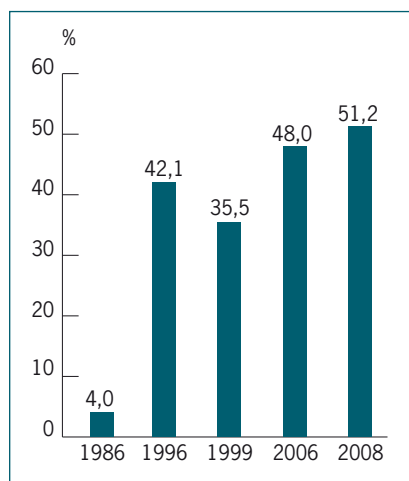
d'éducation permanente en santé et prend en compte les cultures et les représentations des professionnels ainsi que les spécificités locales et régionales. Piliers du dispositif, des « tuteurs » professionnels, dotés d'une expérience en allaitement maternel, utilisent des référentiels d'éducation critique pour dispenser des formations sous forme d'ateliers de quarante heures. Ils animent ces ateliers auprès des équipes des UBS qui interviennent sur la pratique de l'allaitement maternel ; ils les accompagnent et les aident dans la mise en œuvre des actions combinées et dans le suivi des indicateurs de l'allaitement maternel de la population accueillie.

- Au niveau des hôpitaux, deux initiatives contribuent à la promotion de l'allaitement maternel :

- *l'Initiative Hôpitaux amis des bébés* (Ihab) (4) est insérée dans la stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants proposée par l'OMS et l'Unicef. Elle a pour objectif de soutenir dans les maternités le droit des femmes à apprendre et à pratiquer l'allaitement avec succès via l'adaptation de l'organisation et du fonctionnement des maternités, afin de respecter les conditions inscrites dans le cahier des charges de l'Ihab (*lire l'article page 32*). Au Brésil, de 1992 à 2009, trois cent cinquante-deux maternités d'hôpitaux se sont vues attribuer le label Ihab ;

- *la Méthode kangourou*, modèle d'assistance périnatale tourné vers le soin humanisé du nouveau-né de bas poids, a pour objectif de promouvoir la proximité mère-bébé et notamment de créer des conditions favorables à l'allai-

Figure 2. Prévalence de l'allaitement maternel exclusif pour les enfants de moins de 4 mois au Brésil, 1986-2008



tement maternel. Depuis sa mise en œuvre en 2000, les équipes de trois cent trente-trois maternités, soit environ sept mille professionnels, ont été formées à cette méthode.

- Au confluent des stratégies de la politique gouvernementale de promotion de l'allaitement maternel, le Réseau brésilien de banques de lait humain (5), le plus grand et le plus complexe au monde, rassemble deux cent soixante et onze unités sur le territoire. Ce réseau collecte, traite et distribue le lait maternel, prête assistance aux femmes qui allaitent, dont les enfants sont hospitalisés ou qui rencontrent une difficulté avec l'allaitement. Ce réseau est en expansion : de 2003 à 2008, le recueil de lait a augmenté de 56 %, le nombre de

femmes qui réalisent des donations et celui des enfants qui en bénéficient a pratiquement doublé (cent treize mille femmes en 2008).

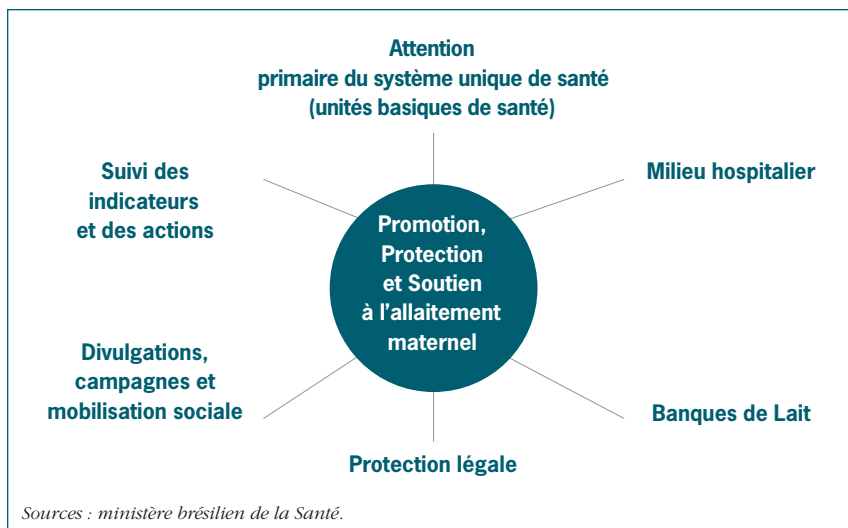
- En matière de législation et de protection légale de l'allaitement maternel, le Brésil a été l'un des premiers pays à adopter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, dans son intégralité. À partir du code, le Brésil s'est doté en 1988 d'une norme de commercialisation des aliments pour les nourrissons, puis, en 2006, d'une loi (11.265) qui régleme la promotion commerciale et encadre l'utilisation adéquate des aliments pour les enfants jusqu'à 3 ans (6). Le congé de maternité, qui était d'une durée de quatre mois, a été allongé à six mois en 2008. Par ailleurs, les pouvoirs publics favorisent la création de salles d'allaitement dans les entreprises, pour que les femmes salariées puissent recueillir et conserver leur lait pendant leur journée de travail.

- Parmi les actions de mobilisation sociale réalisées, on peut citer :

- la Semaine mondiale de l'allaitement maternel, réalisée depuis 1992 ;

- la création, en 2003, de la Journée nationale de donation de lait humain (le 1^{er} octobre) dont l'objectif est d'accroître le volume de lait recueilli au travers des dons dans le pays. L'entreprise brésilienne de courriers et télégraphes, en partenariat avec le ministère de la Santé, a créé le projet « Carteiro Amigo » (« Facteur Ami ») qui, via le courrier, encourage l'allaitement maternel auprès d'environ cinq cents villes. Les pompiers militaires participent aussi à cette action

Figure 3. Articulation de la stratégie de promotion, protection et appui à l'allaitement maternel au Brésil



en étant responsables de la collecte du lait auprès des donatrices.

• Le suivi des indicateurs et des actions est une composante importante de la Politique publique de soutien à l'allaitement maternel. Il inclut la réalisation de deux enquêtes nationales spécifiques sur les pratiques d'allaitement maternel (1999 et 2008). Par ailleurs, l'Enquête nationale sur la démographie et la santé (*Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS*), réalisée tous les dix ans, consacre une part aux pratiques d'allaitement maternel.

Principaux obstacles et défis

En dépit des efforts réalisés depuis trois décennies, les taux d'allaitement maternel au Brésil – en particulier celui de l'allaitement exclusif – restent en dessous des recommandations internationales. Parmi les principaux obstacles rencontrés, on peut citer :

- la difficulté d'une approche unique compte tenu d'importantes différences régionales ;
- la difficulté à mobiliser certains professionnels (dont les gestionnaires et les professionnels de santé) quant à l'importance de la promotion de l'allaitement maternel ;
- des difficultés face à la population générale avec le maintien d'une « culture du biberon », conséquence de l'évolu-

tion historique et de la pression des industriels.

On peut également citer le manque de ressources humaines qualifiées ; l'abandon rapide de l'allaitement maternel après, mais aussi avant, la fin du congé maternité. Des études ont démontré qu'au Brésil, les femmes ayant repris le travail allaitent moins que celles encore en congé de maternité (65,9 % versus 91,4 %) (2).

Ces obstacles mettent en évidence la nécessité d'investir dans de nouvelles stratégies de soutien à l'allaitement maternel pour en accroître la prévalence, ce qui constitue un véritable défi.

Carolina Belomo de Souza

Nutritionniste, chargée de mission en éducation et promotion de la santé, INPES,

Lilian Córdova do Espírito Santo

Infirmière, coordinatrice adjointe,

Elsa Regina Justo Giugliani

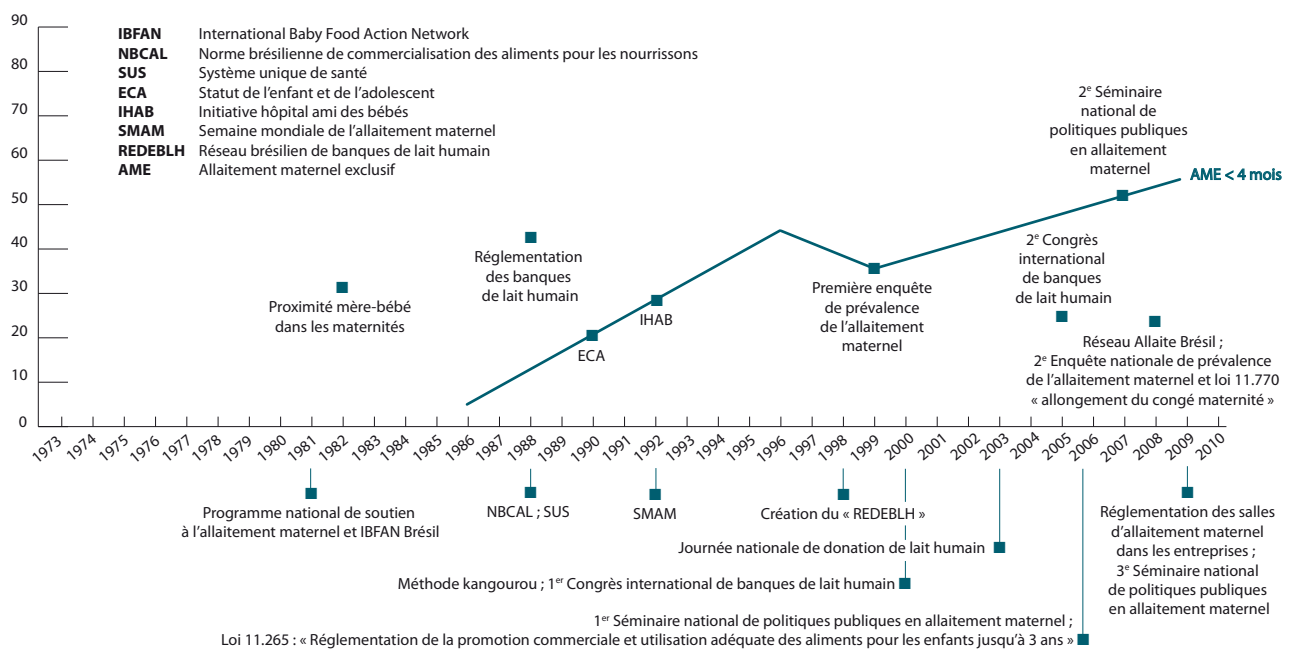
Pédiatre, coordinatrice, cellule technique de la santé de l'enfant et allaitement maternel, ministère de la Santé, Brésil.

1. Le Système unique de santé à trois niveaux d'assistance à la population : le primaire composé par les centres de santé et les unités basiques de santé (UBS) ; le secondaire composé par les hôpitaux locaux et régionaux, les services ambulatoires spécialisés et les polycliniques ; et le tertiaire composé par les hôpitaux de référence et les services de haute complexité.

Références bibliographiques

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006*. Brasília : ministério da Saúde ; 2009 : p. 195-212.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília : ministério da Saúde, 2009.
- (3) Alencar S.M.S. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: *O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas*. São Paulo : Sarvier, 2008 : p. 70-101.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. *A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil : histórico, situação atual, ações e perspectivas*. En ligne : http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_ihac.pdf [dernière consultation le 17/05/2010]
- (5) Fiocruz. *Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano*. En ligne : <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352> [dernière consultation le 17/05/2010]
- (6) Araújo M.F.M., Rea M. F., Pinheiro K. A., Schmitz B. A. S. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. *Revista de Saúde Pública*, 2006, vol. 40, n° 3 : p. 513-520.

La progression du taux d'allaitement maternel exclusif et les actions qui ont marqué l'histoire de la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel au Brésil



Pour en savoir plus

La rubrique « Pour en savoir plus » propose, en complément des articles, une sélection de ressources bibliographiques : ouvrages, revues, organismes, sites informatifs, etc. Pour ce dossier consacré à l'allaitement maternel, nous avons souhaité mettre à disposition des lectures généralistes, des avis et recommandations d'organismes sanitaires, ainsi que des associations incontournables du domaine.

Les liens Internet proposés ont été visités le 06/05/2010.



Publications institutionnelles, recommandations

- Organisation mondiale de la santé (OMS). *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant*. In : 58^e Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 16-25/05/05. Genève : OMS, 2005 : 4 p.
En ligne : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_32-fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : durée optimale de l'allaitement au sein exclusive*. Genève : OMS, 2003 : 36 p.
En ligne : http://www.who.int/entity/nutrition/publications/ga_infant_feeding_text_fre.pdf
- *Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons*. Maisons-Alfort : Afssa, 2005 : 116 p.
En ligne : <http://www.afssa.fr/cgi-bin/countdocs.cgi?Documents/MIC-Ra-BIB.pdf>
- *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère* [synthèse du Programme national nutrition-santé – PNNS]. Paris : direction générale de la Santé (DGS), 2005 : 76 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/html/point-sur/nutrition/allaitement.pdf>
- *Favoriser l'allaitement maternel : Processus – Évaluation*. Saint-Denis : Haute Autorité de santé, 2006 : 55 p.
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449101/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluationguide
- *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations*. Saint-Denis : Haute Autorité de santé, 2006 : 56 p.

En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_269939/preparation-naissance-parentalite-recommandations.pdf

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Paris : Anaes, 2002 : 18 p.
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_267549/allaitement-six-premiers-mois-recommandations.pdf
- *Le guide de l'allaitement maternel*. Saint-Denis : INPES, 2010 : 68 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1265.pdf>
- *La santé vient en mangeant et en bougeant : le guide nutrition de la naissance à 3 ans*. Saint-Denis : INPES, 2006 : 144 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/890.pdf>
- *La santé vient en mangeant et en bougeant. Le guide nutrition pendant et après la grossesse*. Saint-Denis : INPES, 2007 : 52 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1059.pdf>



L'allaitement maternel en littérature

- Blin D., Soule M., Thouille E. *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*. Toulouse : Érès, coll. À l'Aube de la vie, 2003 : 304 p.
- Didierjean-Jouveau C.-S. *L'allaitement maternel : la voie lactée*. Paris : Jouvence, 2003 : 96 p.
- Mortemard de Boisse P., Cousinard A., Tholozan L. *Allaitement maternel et développement durable*. Marseille : Gramond-Ritter, 2010 : 155 p.

- Newman J., Pitman T. *L'allaitement : comprendre et réussir*. Toronto : Jack Newman Communications, 2006 : 512 p.
- Roques N. *Allaitement maternel et proximité mère-bébé*. Paris : Érès, 2003 : 120 p.
- Thirion M. *L'allaitement*. Paris : Albin Michel, 2004 : 280 p.



Revues

Les cahiers de la puéricultrice

Ce mensuel édité par Elsevier est destiné aux puéricultrices. Il axe son contenu sur la formation des professionnels, abordant les questions de l'enfance et de la famille, dans le domaine de l'accueil, des soins et de l'environnement. À chaque numéro, un dossier thématique est proposé. Voir par exemple : Allaitement maternel [Dossier spécial], avril 2007, n° 206 : p. 9-25. En ligne : <http://www.co-naitre.net/articles/cahierpueravril07.pdf>
Sommaires de la revue en ligne sur : <http://www.elsevier-masson.fr/cahiers-de-la-puericultrice-p-5160.html>

Journal des professionnels de l'enfance

Le Journal des professionnels de l'enfance est une revue bimestrielle éditée par le groupe TPMA, réunissant les interventions de sociologues, psychologues, professionnels de santé. Pluridisciplinaire, la revue propose un dossier thématique à chaque numéro. La question de l'allaitement maternel est régulièrement abordée. Voir par exemple :
– Gojard, S. Les déterminants sociaux de l'allaitement, 2007, n° 44 : p.79.
– Rigourd, V. Huneau, S. Questions autour de l'allaitement maternel, 2005, n° 32 : p.32-36.
Sommaires de la revue en ligne sur : <http://www.jdpe.fr/>

• Médecine et enfance

Créée en 2003, *Médecine et enfance* est une revue mensuelle proposant des ressources pour les professionnels de santé et le grand public. Les archives sont accessibles sur le site (il faut créer un compte gratuit), la recherche par mots-clés est possible également. Attention, les quatre derniers numéros sont disponibles en format papier uniquement. Des articles sur l'allaitement maternel paraissent régulièrement. Voir par exemple : Salnier C. Accompagnement de l'allaitement maternel : observation et réflexion du pédiatre, 2006, n° 447 : p. 571. <http://www.medecine-et-enfance.net/>



Organismes et associations

Réseaux internationaux pour la promotion de l'allaitement maternel

• The International Baby Food Action Network (IBFAN)

Ce réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile est composé d'associations civiles qui, partout dans le monde, œuvrent pour diminuer la mortalité et la morbidité infantiles. Le site propose des ressources écrites : études, guides, brochures, ainsi qu'un agenda d'événements internationaux (congrès, colloques).

<http://www.ibfan.org/index-ibfan.html>

• World Alliance for Breastfeeding (WABA)

WABA est un réseau international d'associations et d'individus soutenant l'allaitement maternel. À noter, certaines publications (en anglais uniquement) sont téléchargeables sur le site sous la rubrique « Ressources ».

<http://www.waba.org.my/>

• La Leche League

La Leche League est un réseau d'associations internationales, reconnu d'intérêt général. Implantée en France depuis 1979, elle propose informations et soutien pour l'allaitement maternel. Le site Internet de l'association met à disposition un ensemble de ressources : articles, études consultables en ligne. Une ligne d'écoute

téléphonique est disponible au 01 39 584 584. Elle édite une revue trimestrielle : *Allaiter Aujourd'hui*.

<http://www.llfrance.org/>

Réseaux et organismes français

• Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFam)

La CoFam est une association française nationale visant à promouvoir l'allaitement maternel, à travers la coordination d'associations, d'acteurs et d'initiatives autour de cette thématique. Un agenda d'événements est mis en ligne sur le site : congrès, colloques, tables rondes.

Pour contacter la CoFam : secrtaire@coordination-allaitement.org

<http://coordination-allaitement.org/>

• Action pour l'allaitement (APA)

L'APA est une association sans but lucratif de mères et de professionnels de santé qui œuvrent pour la protection, le soutien et l'encouragement de l'allaitement maternel (l'APA est membre d'IBFAN et de WABA).

Ligne bénévole d'écoute pour les femmes souhaitant allaiter au : 03 88 27 31 72.

<http://action.allaitement.free.fr/>

• Institut prévention santé en néonatalogie (IPSN) - Formations Co-Naitre

Co-Naitre, organisme créé en 1981, propose des formations, pour les professionnels, sur la périnatalité et la petite enfance. À noter la rubrique « Lire et comprendre » qui propose des articles téléchargeables gratuitement. Une ligne d'écoute téléphonique est également proposée au : 04 90 79 06 14.

<http://www.co-naitre.net>

• Réseau d'associations Solidarilait

Réseau d'associations, de parents et de professionnels de la santé concernés par l'allaitement maternel et l'accueil de l'enfant. Le site propose quelques documents d'information sur l'allaitement, et notamment la brochure *Poursuivre l'allaitement tout en travaillant* : http://www.solidarilait.org/elts/poursuivre_all.pdf

Une ligne d'écoute téléphonique est disponible au : 01 40 44 70 70.

<http://www.solidarilait.org>

• Informations pour l'allaitement (IPA)

L'association Informations pour l'allaitement est une association Loi 1901 gérée par des professionnels de santé spécialisés dans l'allaitement maternel. L'IPA est un centre de ressources proposant des articles d'actualité, des études et des guides. L'association propose également des outils (DVD, livrets pédagogiques), en prêt ou en vente sur le site.

<http://www.info-allaitement.org/>

L'IPA propose un centre de documentation spécialisé sur la question de l'allaitement maternel : le Centre de ressources documentaire sur l'allaitement maternel (Cerdam). Sous l'appellation Cerdam se trouvent cinq centres de documentation localisés à Lyon, Chambéry, Grenoble, Saint-Étienne et Valence. Ces centres mettent à disposition des professionnels et du grand public un ensemble de ressources : livres, cassettes, dossiers thématiques, rapports, etc. à consulter sur place ou en prêt. Le site Internet donne accès au catalogue commun des fonds documentaires des Cerdam de Lyon et de Chambéry. Courriel : cerdam@info-allaitement.org Accès aux ressources en ligne et aux coordonnées des différents centres du Cerdam sur <http://cerdam.org/>

• Santé et allaitement maternel (SAM)

Fruit du travail de professionnels de santé et à l'initiative de l'Institut prévention santé en néonatalogie, le site du SAM met à disposition des professionnels de la prévention et du grand public : un espace formation (destiné aux femmes souhaitant allaiter) ; un espace informatif pour les professionnels, rassemblant textes et études autour de l'allaitement ; un espace de débat entre parents et professionnels, comprenant notamment une rubrique questions/réponses.

<http://www.santeallaitementmaternel.com/>

• Périnatalité

Le site Périnatalité est conçu par un groupe interrégional des professionnels de santé des services de protection maternelle et infantile (PMI) et des réseaux périnataux du Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Monaco et de l'INPES ; il se décline en deux volets : un portail grand public et un portail professionnel. La question de l'allaitement est abordée dans le portail grand public (rubrique « Allaitement »), proposant des ressources clés à destination des femmes souhaitant allaiter.

<http://www.perinat-france.org/>

Laëtitia Haroutunian

Documentaliste,

Céline Deroche

Chef du département Veille et documentation, INPES.



Santé et travail : un centre téléphonique d'appel pour prévenir l'exclusion professionnelle

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, un centre téléphonique a été ouvert, en 2006, à l'initiative de l'Institut de santé au travail du nord de la France et en partenariat avec le centre hospitalier régional universitaire de Lille. Il renseigne toute personne ayant des problèmes de santé, qui rendent difficile son maintien ou son retour à l'emploi. Deux infirmières écoutantes orientent les appelants vers les professionnels et les structures appropriées.

Face à un problème de santé, quelles aides pour prévenir un risque d'exclusion sociale et/ou professionnelle ? Dans la région Nord-Pas-de-Calais, les médecins du travail, d'autres professionnels et partenaires de la politique régionale de santé ont souligné, à partir des années 2000, qu'il y avait un besoin important d'information et d'accompagnement des actifs en situation de handicap, notamment suite à un cancer. Un constat corroboré par les patients et les associations qui notaient la présence de nombreux acteurs et structures, mais ajoutaient qu'il était particulièrement difficile de se repérer dans ces dispositifs complexes.

En 2005, a émergé l'idée de créer un centre téléphonique d'aide et d'orientation : Santé Emploi Info Service (03 20 44 55 55). Ce centre a été ouvert en septembre 2006, à l'initiative de l'Institut de santé au travail du nord de la France (ISTNF) et en partenariat avec le CHRU de Lille où il est basé¹. Grâce à une démarche multipartenaire², Santé Emploi Info Service, conçu à l'origine pour les patients atteints de cancer et de maladies chroniques, a, face à la demande, été dédié à toute personne rencontrant des difficultés pour le maintien ou le retour à l'emploi du fait d'un problème de santé, quel qu'il soit. Outre les intéressés eux-mêmes, les proches peuvent aussi appeler pour des personnes en difficulté et ne pouvant effectuer cette démarche.

Faciliter la réinsertion dans l'emploi

Santé Emploi Info Service³ poursuit trois objectifs :

- contribuer à éviter la désinsertion professionnelle : maintien dans l'entreprise ou retour précoce à l'emploi ;
- faciliter l'accès à l'information et répondre à toute question juridique et médico-socioprofessionnelle ;
- favoriser le travail en réseau entre professionnels de santé et de maintien/réinsertion dans l'emploi.

Son offre de service consiste à :

- orienter les appelants vers les professionnels de santé au travail, de maintien dans l'emploi et de réinsertion, et vers d'autres associations de proximité du lieu de vie ou de travail pour une prise en charge ;
- faciliter la mise en relation du demandeur avec le professionnel au moyen de fiches de liaison ;
- assurer un suivi à moyen terme des personnes bénéficiaires (spécificité de ce centre d'aide et d'orientation).

Des infirmières écoutantes

Deux infirmières du CHRU, formées à l'écoute et aux démarches de maintien dans l'emploi, reçoivent les appels du lundi au vendredi de 13h30 à 16h30. Depuis 2007, mille cinq cents appels ont été reçus représentant mille deux cents appelants et environ deux mille demandes. Pour répondre à ces demandes qui sont souvent multiples lors d'un appel et traitées au cas par cas,

les infirmières écoutantes se rapprochent, si besoin, du médecin spécialiste du service de pathologie professionnelle et environnement du CHRU. Si la réponse ne peut être donnée tout de suite, elle est alors fournie sous quarante-huit heures maximum. Pour l'essentiel, les infirmières orientent les personnes vers les organismes et vers les professionnels : maison départementale des personnes en situation de handicap, médecins du travail, opérateurs du maintien dans l'emploi, ligue contre le cancer et autres structures d'accompagnement social et financier qui vont les prendre en charge. Ces orientations sont effectuées au moyen d'une fiche de liaison qui est envoyée au demandeur (avec les coordonnées du professionnel à contacter), et une autre fiche est envoyée au professionnel pour l'informer que telle personne va le contacter et pour préciser l'objet de sa demande. Ceci implique une mise à jour régulière de la base de données.

Suivi personnalisé

Autre particularité du dispositif : les écoutantes effectuent un suivi personnalisé et rappellent les personnes pour faire le point et s'assurer de la mise en œuvre de la démarche, un mois, trois mois et six mois plus tard. Pour la personne, le fait d'être rappelée est important, elle se sent accompagnée et suivie dans ses démarches. Toutes les informations sont enregistrées dans une base de données, ce qui permet à la



© Ulrich Baumgarten / Vario Press / Photomontop

personne d'être identifiée rapidement quand elle rappelle, de prendre en compte ses problèmes dans leur globalité et, également d'analyser les situations (caractéristiques des appelants, objet des demandes, orientations, résultats) et de suivre leur évolution d'une année sur l'autre.

Principales demandes : la reprise du travail et les difficultés financières

Les demandes portent essentiellement sur les cinq domaines suivants :
– travail-emploi (57 % des demandes)¹ ;
– revenus (33 % des demandes avec le constat qu'en cas d'arrêt de travail, les problèmes financiers surviennent très rapidement) ;
– aide psychologique ;
– assistance paramédicale ;
– assistance juridique.

Les principales pathologies retrouvées chez les appelants sont le cancer, l'appareil locomoteur, les pathologies neurologiques dont la psychiatrie et les pathologies cardio-vasculaires ; ce sont des pathologies très invalidantes, qui entraînent des arrêts longs et qui posent d'importantes difficultés pour la reprise du travail.

Les appelants ont en moyenne entre 26 et 54 ans, 63 % d'entre eux sont en CDI, 14 % en CDD (contrat temporaire ou précaire) et 23 % sont sans emploi. 28 % des salariés qui appellent appartiennent à des entreprises de plus de deux cents salariés, ce qui semble démontrer que même les salariés travaillant dans des entreprises de taille

importante peuvent être démunis. 60 % des appelants sont en arrêt de travail depuis plus de six mois.

Sur le plan psychologique, les infirmières écoutantes constatent que les personnes atteintes de maladie grave se préoccupent bien entendu d'abord de leur maladie, et ne pensent pas encore au retour à l'emploi. Le fait de rester six mois ou plus sans avoir le moindre contact avec leur entreprise les fragilise car elles s'éloignent de leur milieu de travail, ce qui pourra générer des difficultés pour la reprise et, de façon plus générale, pour le retour à l'emploi.

Les orientations sont réalisées en premier lieu vers la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), le plus souvent pour une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ; vient ensuite l'orientation vers les organismes sociaux et financiers (assistances sociales départementales, caisse d'allocations familiales, caisse primaire d'assurance maladie), les services de santé au travail et organismes de formation.

Par ailleurs, les chargés de mission de l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral (Urmel) ont accepté, dans le cadre de leurs visites aux médecins généralistes, de relayer l'information sur l'existence de ce centre téléphonique.

Le centre est destiné aux personnes de la région Nord-Pas-de-Calais, toutefois il est aussi sollicité par des patients des régions limitrophes. Dans ce cas, les écoutantes les renseignent mais les liens avec les opérateurs de proximité ne peuvent s'effectuer.

Principales orientations

En résumé, l'expérience montre que le centre téléphonique Santé Emploi Info Service a principalement orienté les appelants vers une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, vers le médecin du travail pour envisager un aménagement de poste ou un reclassement interne et vers des structures d'aide aux problèmes financiers. Le suivi des appelants dans le cadre de l'évaluation du centre a permis d'identifier un « taux de réussite » (satisfaction de la demande de la personne) moyen se situant à 67 % lors du rappel à un mois (beau-

coup de démarches étant en cours au moment de la date de l'analyse).

Plusieurs évaluations sont en cours pour mesurer plus précisément le service rendu par ce centre téléphonique, dont une évaluation lancée en 2010 sur l'intérêt du suivi à plus long terme et une étude comparative avec une population du registre régional du cancer, en lien avec l'université Lille 3.

En conclusion, la communication sur l'existence et les objectifs de ce centre téléphonique est très importante et doit être permanente pour toucher la population concernée au moment le plus opportun et l'inciter à appeler le plus tôt possible. Des évolutions sont envisagées, notamment celle d'aller au devant de la population atteinte de maladie grave, ce qui implique une étude et une expérimentation au préalable, une organisation avec le réseau des professionnels de santé et des moyens complémentaires pour étendre les heures d'ouverture, compléter la base documentaire et juridique avec des données d'autres acteurs santé-travail, etc.

Mireille Surquin

Responsable de projet,
Institut de santé au travail du nord
de la France, Loos.

Anne Chatfield

Médecin inspecteur régional du travail,
Direction régionale des entreprises, de la
concurrence, de la consommation, du travail
et de l'emploi Nord-Pas-de-Calais, Lille.

1. Responsable scientifique : Dr Sophie Fantoni, docteur en droit, service de pathologie professionnelle et environnement, CHRU.

2. ISTNE, CHRU, Direction régionale du travail (Directrice) dont Inspection médicale régionale du travail, service social de la caisse régionale d'assurance maladie, service médical de l'Assurance maladie, caisses primaires d'assurance maladie, services de santé au travail, Ligue contre le cancer, fédération de cancérologie du CHRU, Urmel, opérateurs du maintien dans l'emploi. Partenaires financeurs : conseil régional Nord-Pas-de-Calais, Groupement régional de santé publique (agences régionales de santé, Assurance maladie), Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

3. Ce centre téléphonique a également été présenté lors des Journées de la prévention 2010 de l'INPES, voir sur le site www.inpes.sante.fr, session 7 du 9 avril 2010.

4. Selon un bilan couvrant la période de novembre 2008 à août 2009.

Entretien avec Jean-Pierre Poulain, sociologue et anthropologue, auteur de *Sociologie de l'obésité*¹

« L'obésité a des causes sociales et culturelles multiples »

Socio-anthropologue de l'alimentation, Jean-Pierre Poulain souligne dans son dernier ouvrage qu'il est important de mieux étudier les représentations de l'obésité afin de pouvoir les « déconstruire ». C'est ce développement de la connaissance qui doit permettre de modifier le regard que la société porte sur l'obésité et les pratiques des professionnels. L'objectif est de mieux accompagner les personnes en surpoids. Pour cela, l'apport des sciences sociales est primordial et il est illusoire de croire que l'obésité peut être prise en charge sur un plan strictement médical.

La Santé de l'homme : Dans votre ouvrage, vous soulignez que l'obésité, extrêmement complexe, résulte de processus sociaux distincts. Quelle typologie en dressez-vous ?

Jean-Pierre Poulain : Il n'y a probablement pas une mais des formes d'obésité. Cette hypothèse déjà formulée par des spécialistes de la médecine de l'obésité est également pertinente du point de vue des déterminants sociaux. Derrière la surreprésentation de l'obésité en bas de l'échelle sociale, mise en évidence par l'épidémiologie, se cachent des situations différentes. L'obésité de précarisation, par exemple, apparaît comme la conséquence d'une fragilisation du contexte social. Ce peut être un divorce, une maladie, une perte d'emploi, un deuil, etc., des événements qui provoquent une dégradation du contexte de vie. Une deuxième forme d'obésité, présente aussi sur le bas de l'échelle sociale, concerne des individus inscrits dans des processus migratoires. Ils viennent de pays en développement et souvent de zones rurales. Ils ont une culture d'alimentation autoproduite et fortement liée à la saison ainsi que des modèles esthétiques dans lesquels le corps bien en chair est valorisé et traduit le bien-être, l'abondance. En quelques semaines, ils sont confrontés à un autre

monde alimentaire avec des supermarchés, des nourritures industrialisées. Nous assistons alors au développement d'une autre forme d'obésité, l'obésité comme conséquence « de la transition nutritionnelle ». Il existe, enfin, une autre forme d'obésité peu liée aux positions sociales, qui est consécutive à des troubles du comportement alimentaire liés à la pression du modèle d'esthétique de minceur. Je ne pense pas que le contrôle de l'alimentation soit toujours un problème mais certaines expériences de régimes sont des échecs et enclenchent un « processus infernal » de yoyo qui constitue le début d'une carrière d'obésité...

Sur le plan de la prévention, l'intérêt de cette distinction des formes d'obésité est de permettre la mise au point de messages et de stratégies de communication adaptés à chaque population.

S. H. : L'obésité est une question sociétale : faut-il en « déconstruire » les représentations ?

Certaines dimensions sociales de l'obésité sont évidentes, la différenciation de la corpulence par exemple. D'autres sont plus complexes à étudier, comme l'impact de la stigmatisation ou les effets de la nutritionnalisation de l'alimentation.

L'obésité est une formidable épreuve de modestie scientifique. Les phénomènes de santé ont souvent des dimensions multiples : biologiques, génétiques, psychologiques, sociales, etc., mais, dans l'obésité, elles se trouvent à un niveau d'interaction particulièrement fort et cette complexité impose une perspective interdisciplinaire. Ce que l'organisation scientifique actuelle ne valorise pas. De surcroît, l'obésité est une question récente sur laquelle le monde scientifique travaille activement depuis quelques dizaines d'années seulement. Il faut donc intensifier l'effort de recherche car ce que nous avons à découvrir sur l'obésité est plus important que ce que nous connaissons.

S. H. : Paradoxalement, puisqu'il s'agit d'un phénomène décrit depuis l'Antiquité ?

L'identification et la définition du problème du poids excessif sont très anciens. Les médecins grecs avaient déjà un vocabulaire technique pour en parler et des stratégies thérapeutiques. Mais ce qui est nouveau, c'est la place que l'obésité occupe sur la scène médiatique depuis que l'on s'est mis à en parler en termes d'épidémie mondiale et de pandémie. Il convient de s'interroger sur les effets de la dramatisation de ce problème.



© Marie Press/Photonostop

S. H. : Vous expliquez que « l'obésité n'est que partiellement déterminée par le contexte social ». Ne craignez-vous pas de conforter les tenants de la responsabilité individuelle au détriment de la prise en compte des déterminants socio-économiques ?

Il y a incontestablement du social dans l'obésité. Vous êtes d'une origine et/ou d'une appartenance sociale, vous avez un niveau d'éducation et de revenus, vous vivez dans un environnement urbain ou non, vous êtes soumis à une offre de produits alimentaires, à des services supposés permettre le contrôle du poids... dans un environnement culturel qui valorise ou dévalorise une certaine forme de corpulence... Il est donc illusoire de penser pouvoir régler l'obésité à l'échelle individuelle. Pour autant, il ne faut pas négliger le fait qu'elle s'inscrit aussi dans l'ordre individuel et que certains éléments échappent au contrôle des acteurs, comme les caractéristiques génétiques. Lorsque l'on dit : « *Je suis un être de chair, avec un corps soumis à des lois, je suis héritier d'un patrimoine qui résulte des interactions entre la lignée dont je suis issu et les milieux physique et culturel.* » Il y a là des déterminants biologiques, physiologiques forts, mais « *je maîtrise quand même certains éléments à l'échelle individuelle avec un certain*

espace de liberté. » On voit bien comment s'imbriquent le biologique et le social, l'individuel et le collectif. Le rôle des sociologues est d'aider à identifier les multiples déterminants sociaux et de déconstruire les représentations qui accompagnent la dramatisation de cette question de santé publique.

S. H. : En matière de prévention, vous déplorez l'absence d'une véritable évaluation des programmes et actions mis en œuvre. Est-ce dû à un manque de culture d'évaluation ou à celui de moyens financiers ?

Il s'agit à la fois d'un manque de connaissances et de moyens, d'autant que le champ est d'une complexité incroyable. Le Programme national nutrition-santé (PNNS) auquel j'adhère, – car il a su créer des dynamiques à la fois nationales et locales mais aussi parce qu'il est légitime d'agir face à un risque, même lorsque l'on n'a pas une parfaite connaissance des leviers d'action –, affiche l'évaluation comme l'un de ses objectifs. Les porteurs de projets rencontrent néanmoins des problèmes méthodologiques pour la mener à bien ; or, elle est indispensable pour savoir si ce que l'on fait est utile ou contre-productif et pour piloter le système. Si la culture de l'évaluation est aujourd'hui assez bien diffusée, il est cependant nécessaire de développer la recherche

sur les méthodologies d'évaluation des politiques publiques. L'objectif est de rechercher les conditions de l'opérationnalisation en fournissant aux gestionnaires de projets des boîtes à outils et de faire baisser les coûts de l'évaluation car c'est souvent la cause de sa non-réalisation ou de sa réalisation partielle.

S. H. : Comment lutter contre ce que vous dénoncez : « la pression des modèles d'esthétique, l'idéalisation de la minceur et la dévalorisation des personnes obèses ou en surpoids » ?

Tout d'abord, en décrivant la stigmatisation et les discriminations dont sont victimes les personnes obèses et en montrant le relativisme des modèles d'esthétique. Stigmatisation des gros et survalorisation de la minceur sont les deux faces d'une même pièce. En quelques mots, il est nécessaire de mettre autour de la même table les professionnels de la mode, de la communication et de la publicité pour engager un dialogue permettant de bien identifier les responsabilités de chacun. Puis d'agir.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. Poulain J.-P. Sociologie de l'obésité. Paris : Puf, coll. Sciences sociales et sociétés, 2009 : 368 p.

Enquête auprès des jeunes sur l'alcoolisation excessive

Alors que le *binge drinking* – boire le plus rapidement possible pour se défoncer – s'est développé chez les jeunes en France et dans tous les pays d'Europe au cours de la dernière décennie, que pensent les jeunes eux-mêmes de l'alcoolisation excessive ? Que disent-ils sur leur rapport à l'alcool, les risques, la prévention ? À la demande des pouvoirs publics, le sociologue Thierry Morel a recueilli des témoignages de jeunes mais aussi d'animateurs qui les encadrent. Une enquête instructive sur la perception qu'ont les jeunes de l'alcool.

À la demande de la Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (Djepva) du Haut Commissaire à la jeunesse, nous avons mené une enquête sur l'alcoolisation excessive auprès de vingt professionnels et de trente jeunes (de 14 à 21 ans)¹ via huit associations² agréées « jeunesse et éducation populaire ».

L'enquête interrogeait les jeunes sur les cinq thématiques suivantes :

- ce qu'ils nous disent sur leur rapport à l'alcool, à la fête, aux parents ;
- comment nous le disent-ils ? Leurs mots et la manière ;
- ce qu'ils disent sur les risques, la prévention ;
- l'apprentissage des effets ;
- leurs limites, autrement dit le « Nos limites ».

Cette enquête n'a pas de prétention d'exhaustivité mais livre des informations intéressantes sur la perception et les représentations des jeunes vis-à-vis de l'alcoolisation excessive³.

Ainsi, les jeunes estiment que les adultes s'inquiètent bien trop à leur sujet sur cette thématique et sont très critiques concernant l'image véhiculée sur eux en général : mal-être, souffrance, drogues ; ils réfutent la sinistrose à ce propos. Les soirées donnant lieu à ce type d'alcoolisation se déroulent principalement dans des lieux privés, sans adulte (domicile des parents absents par exemple) et l'alcool s'achète avant tout en grande surface, par packs, pour des raisons économiques.

L'ivresse, pas le goût

Ce qui est recherché dans ces boissons c'est l'ivresse, pas le goût, sauf pour la bière, l'alcool le plus cité et consommé (devant la vodka et tous les autres alcools forts). Les jeunes interviewés ne mentionnent jamais le plaisir lié à la dégustation du produit, qu'ils mélangent d'ailleurs avec des sirops ou des sodas à forte teneur en sucre. Les jeunes rencontrés associent toujours l'alcool à la fête, moment de rupture qui rassemble et rend cohérents des groupes qui s'y retrouvent. Les invitations aux fêtes permettent de rester dans le cercle. Une fois à l'intérieur, il faut montrer que l'on maîtrise la situation, comprendre ce qui se passe, les règles du jeu et adapter sa façon d'être, le « bien boire », et se montrer digne de ce moment, si l'on veut continuer à être invité. Il faut montrer que l'on s'amuse, que l'on fait la fête, que l'on est « libre », « heureux », « détaché », « bien dans son corps ».

Ces jeunes sont à la fois favorables et très critiques face aux discours de la prévention, trop moralisateurs à leurs yeux. Le seul interdit qu'ils mentionnent est la conduite sous l'emprise de l'alcool, pas seulement par peur du gendarme mais aussi par souci de soi et des autres, et ces derniers apparaissent comme les éléments majeurs d'une prise de conscience. Patrick Dessez (1) rappelle à ce propos que « *les démarches de prévention s'inscrivent dans une dimension de prévenance, c'est-à-dire*

d'attention à soi, de délicatesse et de respect de l'autre considéré comme sujet. » Les jeunes peuvent ainsi être les premiers acteurs de prévention, de leur prévention.

Souci de soi, souci des autres

Ce souci de soi et des autres se traduit par la mise en place de nouvelles organisations bien connues telles la désignation de deux ou trois personnes abstinentes, sortes de capitaines de soirée, sous forme d'auto-contrôle. L'interdit unique et déclaré (éviter la conduite sous l'emprise de l'alcool) renvoie aux limites que les jeunes se donnent, avec ce paradoxe : tout contrôler tout en cherchant à se lâcher. Tout contrôler parce qu'ils se fixent des limites, se plaçant ainsi dans une posture d'excès raisonnable et raisonné.

Ces récits comportent toute une série de condamnations : outre l'alcool au volant qui concerne aussi les autres, l'alcool au quotidien, le boire seul, le boire dans une temporalité diurne ; mais les jeunes condamnent rarement l'excès lui-même, qui est parfois valorisé. Tous font appel à la maîtrise de soi pour évoquer la question des limites qu'ils disent se fixer. Ce « nos limites », c'est-à-dire celles qu'ils se donnent, est un appel à la raison, à la connaissance réelle ou présumée qu'ils ont de leur corps, des effets de l'alcool, des risques. Ils veulent à tout prix faire admettre aux adultes le fait qu'ils sont raisonnables, et ainsi réfuter l'image générale et glo-



– les 18-21 ans qui correspondent pour partie de la population concernée aux années fac.

En termes de prévention, il nous semble important de travailler sur le développement des compétences psychosociales des jeunes. Permettre à des adolescents de réactiver ou de développer leurs ressources sociales est l'un des moyens pour apprendre à se préserver des risques. Ces démarches, développées notamment par Patrick Dessez ou Édith Tartar Goddet (2), s'inscrivent dans les courants dominants du développement personnel et sont des éléments importants pour apprendre à se responsabiliser, à connaître ses capacités, ses ressources et ses limites.

Thierry Morel

Sociologue, chargé de cours,
Institut de travail social, Clermont-Ferrand.

balisante d'une jeunesse irréfléchie et inconsciente.

Le but d'une soirée, c'est de pouvoir « s'éclater » le plus longtemps possible, « durer », donc « savoir gérer » sa consommation et son état d'ébriété. L'objectif déclaré n'est pas de boire le plus rapidement pour se défoncer (*binge drinking*), mais au contraire de boire pour être en permanence dans un état d'ivresse qui soit encore contrôlé.

Comment les jeunes arrêtent-ils de s'adonner à ce type d'alcoolisation ? Quand intervient la prise de conscience que tout a une fin, et qu'il « faut arrêter ». Cela se traduit dans leurs propos par « J'ai grandi maintenant », « J'ai mûri », ou encore « J'ai muré », belle contraction de « je suis devenu plus mûr ». Les raisons évoquées sont multiples, mais toujours en lien avec une expérience marquante, décisive.

Développer leurs compétences psychosociales

À l'issue de ce recueil de témoignages, plusieurs constats et axes de réflexion et de travail peuvent être mis en avant :

- l'association systématique entre l'alcool et la fête. L'alcool chez le jeune est consommé dans ces moments et peu de travaux portent sur les espaces

festifs, sur ces moments particuliers où les jeunes « se lâchent », en dehors de toute présence d'adulte ;

- l'ivresse est pratiquement toujours associée à des valeurs positives comme la rencontre, la mixité, la parole, le partage et la convivialité. Il ne s'agit de rien d'autre que d'une forme de ressources sociales, des compétences relationnelles, pour parler, rencontrer l'autre. Des compétences qu'il conviendrait peut-être de développer pour que l'on puisse obtenir les mêmes effets, en dehors de tout produit facilitateur. Par ailleurs, le fait de porter attention à l'autre est fortement revendiqué ;

- il n'existe bien entendu pas une catégorie uniforme de jeunes mais plusieurs jeunesse, et il n'existe pas une manière de boire mais des usages et des pratiques hétérogènes selon le cadre, le moment festif, le lieu, l'âge.

À l'appui de ces témoignages, il existe schématiquement un parcours de l'alcoolisation juvénile qui prend la forme d'un espace âge-temps en trois périodes :

- les 14-15 ans qui s'initient pour la première fois à l'alcool, aux ivresses, et qui ne s'inscrivent pas encore dans des pratiques festives ; ce sont les années fin de collège.

- les 16-18 ans (années lycée) avec des pratiques plus régulières de fêtes ;

1. Auteurs de l'enquête : Thierry Morel (coordonnateur et rédacteur du rapport) qui travaille notamment sur les usages et les pratiques de la jeunesse ordinaire, et Marie-Xavière Aubertin, étudiante en master de sociologie. Rapport issu de l'enquête intitulée « Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive. Les 16-21 ans, No-Nos limit(es) ! ».

2. Fédération française des Maisons de jeunes et de la culture (MJC), Paris – Familles rurales des Ardennes, Champagne-Ardenne – Fédération Léo Lagrange, Pays-de-la-Loire – Union nationale des centres sportifs de plein air (UCPA), Paris – Confédération nationale des foyers ruraux et associations de développement et d'animation du milieu rural (FNFR), France entière – Civisme et démocratie (Cidem), France entière – Union féminine civique et sociale (UFGS), Paris – Structure municipale jeunesse de la Ville de Pantin-Sauvegarde de l'enfance, Paris.

3. Cette enquête a notamment été présentée lors du colloque de Fil Santé Jeunes, le 19 octobre 2009, sur le thème « Adolescence et dépendances : consommations ou rituels ? ».

► Références bibliographiques

(1) Dessez P., de La Vaissière H., dir. *Adolescents et conduites à risque. Prévention et écoute*. Rueil-Malmaison : ASH professionnels, 2007 : 272 p.

(2) Tartar Goddet É. *Développer les compétences sociales des adolescents par des ateliers de parole*. Paris : Retz, coll. Savoirs pratiques éducation, 2007 : 191 p.

Comportements alimentaires : des hédonistes aux mangeurs « pratiques »

Quels types de mangeurs en France ? La dernière enquête Baromètre santé nutrition de l'INPES permet de dresser une typologie permettant de distinguer différents groupes aux caractéristiques spécifiques : gastronomes, hédonistes, pratiques, consommateurs en situation de précarité, adeptes du régime santé, etc. Cette typologie aide à comprendre les comportements alimentaires et donc à adapter les politiques nutritionnelles.

Le dernier Baromètre santé nutrition de l'INPES, réalisé en 2008 et publié début 2010, troisième exercice d'une enquête déjà menée en 1996 et 2002, permet de mesurer et de suivre dans le temps les comportements alimentaires des Français (1). L'un de ses objectifs est d'identifier des groupes de population ayant des comportements nutritionnels plus ou moins favorables à la santé, afin de mieux cibler les interventions en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

Pour ce faire, une typologie a été réalisée afin de distinguer les principaux groupes de mangeurs et de caractériser leurs consommations alimentaires, leurs caractéristiques socio-économiques et leurs logiques de comportement (2).

Méthode

L'enquête a été menée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de 4 714 personnes francophones âgées de 12 à 75 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine. Les personnes interrogées ont déclaré l'ensemble des aliments et boissons consommés la veille de l'interview (méthode de rappel de vingt-quatre heures). Pour certains aliments moins fréquemment consommés, un questionnaire a porté sur les fréquences de consommation au cours des quinze jours précédant l'enquête.

Résultats

L'analyse de la consommation alimentaire des Français de 25 à 75 ans, la veille de l'interview¹, a permis de dresser



© AFP Creative/Photonistop

ser une typologie des consommateurs dans laquelle onze groupes ont été retenus.

Les comportements alimentaires de ces groupes de mangeurs sont plus ou moins proches :

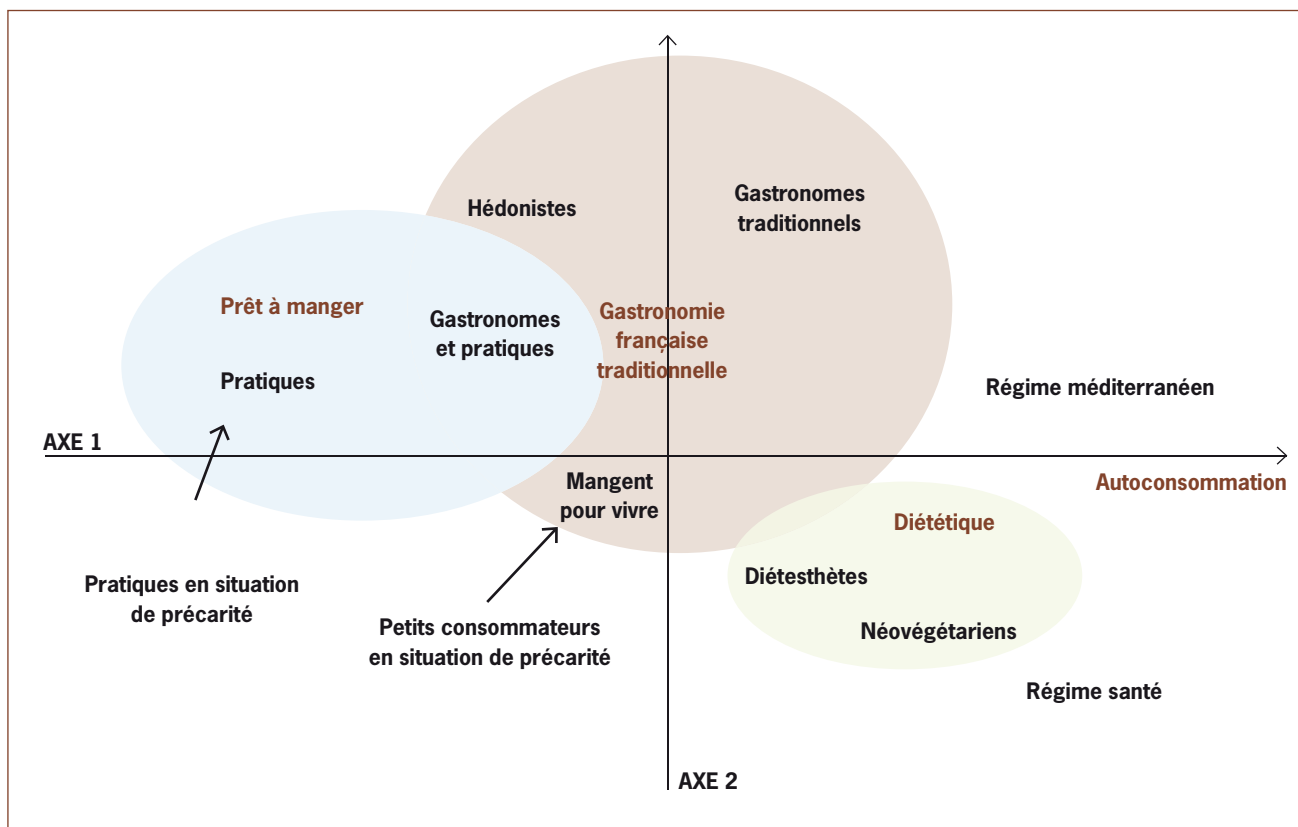
- de la gastronomie française traditionnelle (avec certains produits emblématiques comme le pain, les fromages, les charcuteries, les fruits de mer, les pâtisseries et le chocolat) ;
 - des recommandations nutritionnelles actuelles ;
- Et sont plus ou moins déterminés par :
- les modes de vie ;
 - les contraintes financières.

Les onze groupes sont décrits ci-dessous par leurs caractéristiques statistiquement significatives, c'est-à-dire nettement différentes de la moyenne de l'échantillon. La *figure 1* présente le positionnement des différents groupes.

- Le modèle gastronomique français traditionnel continue de dominer. Il est particulièrement notable dans les fractions de populations aisées et majoritairement masculines des groupes 1, 2, 3.

1. Les « *gastronomes traditionnels* » (5 % de la population) : ils déclarent plus que les autres manger du fromage, boire de l'alcool et des jus de fruits,

Figure 1. Répartition de la typologie des mangeurs et des modèles alimentaires



manger des aliments de type « apéritifs », manger du pain, des fruits secs, des légumes et du poisson. Ils appartiennent plutôt à une catégorie sociale aisée, caractérisée par un niveau d'études élevé (bac +5 et plus).

2. Les « hédonistes » (8 %) : pour eux, l'acte alimentaire relève avant tout du plaisir gustatif. Ils déclarent plus que les autres boire de l'alcool, manger des aliments de type « apéritifs », de la charcuterie, des glaces, des pâtisseries, du fromage, des pommes de terre, du pain, des fruits de mer et des légumes secs. Ils déclarent également davantage prendre leur repas de midi hors de leur domicile (dont les fast-foods), ne pas prendre de petit déjeuner et prendre des repas chez des amis. Ce sont majoritairement des hommes, plutôt à l'aise financièrement.

Une autre logique de comportement alimentaire liée aux modes de vie vise surtout le côté pratique dans le choix des aliments consommés. Intervenant à tous les niveaux de l'échelle sociale, on la retrouve dans les trois groupes suivants : 3, 4, 5.

3. Les « gastronomes et pratiques » (10 %) : leur alimentation comporte une majorité d'aliments caractéristiques du modèle gastronomique français traditionnel mais ils se distinguent également par une consommation importante de produits de type « snacks » et de plats tout prêts. Leur logique de comportement alimentaire vise surtout la praticité. Ils mangent davantage que les autres au restaurant ou au fast-food. Ce sont plutôt des adultes jeunes (25-45 ans), ayant un niveau d'études supérieures (bac +3 ou 4), financièrement à l'aise, des cadres et des professions libérales.

4. Les « pratiques » (6 %) : le modèle alimentaire centré sur le « prêt à manger » apparaît dominant dans ce groupe : les biscuits, la charcuterie, les plats tout prêts, les aliments de type « snacks », les boissons sucrées, les pâtes et les viandes font notamment partie des aliments qu'ils consomment davantage que les autres. Ils prennent plus souvent que les autres leur déjeuner au fast-food, mangent dans la matinée, l'après-midi ou après le dîner. Ce groupe comporte une surreprésenta-

tion d'ouvriers, de personnes plutôt à l'aise financièrement, mais aussi de personnes au niveau d'études élevé (bac+5 et plus).

Les comportements alimentaires sont soumis à une contrainte financière de façon plus ou moins marquée pour les trois groupes suivants : 5, 6, 7.

5. Les « pratiques en situation de précarité » (9 %) : leurs modes de vie et leurs contraintes financières les poussent à consommer plus que les autres des aliments nécessitant peu de préparation. Ils sont ainsi davantage consommateurs de « snacks », de boissons sucrées, de plats tout prêts, de charcuteries et de desserts lactés. Il leur arrive davantage que les autres de ne pas manger à l'un des trois repas principaux de la journée que sont le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner. Ce sont majoritairement des hommes, jeunes adultes, vivant dans de grandes agglomérations (plus de 200 000 habitants), à faible niveau de vie, plus souvent que les autres au chômage et à déclarer que leur situation financière est difficile.

6. Les « *petits consommateurs en situation de précarité* » (14 %) : ce groupe déclare une très faible consommation alimentaire. La contrainte financière domine avec une surreprésentation d'individus à très faibles revenus, employés. Il s'agit surtout de jeunes adultes (25-34 ans).

7. Les personnes qui « *mangent pour vivre* » (9 %) : pour eux, manger représente avant tout « *une chose indispensable pour vivre* ». Ils doivent se contenter d'apports énergétiques et de protéines à bon marché. Ils consomment notamment plus que les autres des pommes de terre, du pain, des légumes secs et du lait.

• Les quatre groupes suivants : 8, 9, 10, 11 se caractérisent par des comportements et des représentations proches des recommandations nutritionnelles actuelles. Il s'agit principalement de femmes et de personnes âgées qui semblent plus préoccupées par la santé.

8. Le groupe appelé « *régime santé* » (15 %) est surtout constitué d'individus qui consultent davantage leur médecin et suivent plus souvent un régime pour des raisons de santé, notamment le diabète et l'hypertension. Il est majoritairement constitué de femmes, de personnes âgées de 55 ans et plus vivant plutôt en milieu rural, pratiquant l'autoconsommation et mangeant essentiellement à domicile. On y observe une consommation plus importante de certains types de féculents, de fruits et légumes, de jambon blanc, de viande, d'œufs, de fromage, yaourts et boissons lactées. Dans ce groupe, manger représente avant tout un moyen de conserver la santé. Même si faire la cuisine est associé à « *une façon de manger sain* », cet acte est aussi lié au plaisir et à la convivialité.

9. Le groupe appelé « *régime méditerranéen* » (9 %) est caractérisé par une consommation alimentaire particulièrement riche en légumes. On y observe aussi une surconsommation en pain, fruits, confiture, légumes et fruits secs, produits d'origine biologique, alcool, fromage et yaourts. Les personnes âgées de 55 ans et plus y sont prédominantes. Comme dans le groupe précédent, ils pratiquent beaucoup l'autoconsommation et mangent à domicile. Faire la cuisine est davantage associé dans ce groupe à « *une façon*

de manger sain », qui permet de « *faire des économies* », mais cuisiner est aussi synonyme de plaisir et de convivialité.

10. Les « *néovégétariens* » (11 %) semblent pratiquer des régimes choisis en respect des recommandations nutritionnelles. Ils déclarent, plus que les autres, une consommation riche en poisson, fruits de mer, fruits, légumes, pâtes, riz, produits bio. Ce sont plutôt des femmes (avec une surreprésentation de professions intermédiaires) mais aussi de personnes de 65 ans et plus.

11. Les « *diététistes* » (6 %) : leur comportement alimentaire est assez proche de celui des « *néovégétariens* » mais il est plus motivé par l'idéal minceur. On y observe en effet une surreprésentation de femmes, de personnes faisant un régime pour maigrir, ayant une corpulence inférieure à la moyenne. Leur consommation alimentaire est particulièrement riche en céréales, fruits secs, poisson et fruits de mer, fruits et légumes, pâtes et riz, produits bio. Elles déclarent plus que les autres manger en restauration collective et ont un certain niveau d'aisance socio-économique (bac +3 ou 4, professions intermédiaires).

Discussion

Au final, les choix alimentaires d'une partie des Français apparaissent fortement déterminés par des contraintes financières mais également par des modes de vie, notamment chez les jeunes générations.

Dans les groupes concernés, les principaux objectifs visés à travers l'alimentation sont le(s) plaisir(s) et la santé. Mais la hiérarchie entre ces objectifs se révèle différente selon les groupes de mangeurs.

Si l'on observe un développement des déclarations de comportements et de représentations proches des recommandations nutritionnelles actuelles, le poids de la culture gastronomique française tournée vers l'hédonisme et la convivialité demeure important, particulièrement lors des occasions festives. Plutôt qu'une substitution du modèle gastronomique par le modèle diététique, c'est un métissage entre ces modèles qui est observé (3).

En permettant de comprendre les logiques des comportements alimen-

taires, cette typologie peut aider à mieux cibler les politiques nutritionnelles. Pour les fractions de population croissantes intéressées par le prêt-à-manger, la politique nutritionnelle doit surtout s'appuyer sur l'amélioration de l'offre. C'est dans cette optique que le Programme national nutrition-santé (PNNS) 2 incite les offreurs d'aliments (industriels, distributeurs, restaurateurs) à signer des chartes d'engagement de progrès nutritionnel. Ce sont les fractions de populations ayant de faibles revenus qui méritent le plus d'attention. Frustrés des plaisirs que peut procurer la société de consommation, ils mettent en avant la nécessité du ventre plein. Leur continuel souci du lendemain ne les conduit pas à une approche nutritionnelle des conséquences de leur alimentation à long terme, qui n'a guère de sens pour eux.

Hélène Escalon

Coordnatrice du Baromètre santé nutrition, INPES,

Jean-Louis Lambert

Économiste et sociologue, Professeur retraité de l'Enitaa,

François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques, Direction des affaires scientifiques, INPES.

1. La typologie présentée ici a été réalisée sur les jours de la semaine (du lundi au jeudi) afin de mieux faire ressortir les caractéristiques de la consommation alimentaire du quotidien des individus. Les prises alimentaires lors des week-ends sont en effet assez spécifiques, de même que celles du vendredi soir qui est considéré comme le début du week-end, avec davantage de prises alimentaires hors domicile et une consommation de poisson encore prédominante. Cette typologie porte sur les 25-75 ans car elle utilise certaines variables de perception de la situation économique des individus, posées uniquement à cette tranche d'âge.

► Références bibliographiques

- (1) Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p.
- (2) Lambert J.-L., Escalon H., Beck F. Typologie des mangeurs. In : Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 305-323.
- (3) Lambert J.-L. Évolutions et révolutions dans l'histoire des mangeurs. In : Stigler F., Rocca A. *De la terre à la table*. Paris : IFN/Ecrin, (à paraître).

Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives.

Patrick Peretti-Watel, Jean-Paul Moatti



La prévention a pour enjeu d'aider à vivre mieux et plus longtemps. Elle vise à accroître la maîtrise de l'individu sur son environnement et à diminuer, par anticipation, les risques de situations dommageables pour la santé. La prévention, au cœur des politiques de santé publique, a donc pour objet de faire reculer le plus possible la maladie et la mort, en appréhendant le risque dans sa très grande diversité : consommations alimentaires, tabac, alcool, drogue, mais aussi insécurité routière,

pollution, etc. Cette « mise en risque » actuellement omniprésente, diffusée notamment par le biais des médias, n'est pas sans conséquence. Saturation du message, émergence de nouvelles contraintes morales, stigmatisation de ceux qui les « transgressent » pourraient menacer le principe de prévention.

Patrick Peretti-Watel est sociologue à l'Inserm, membre de l'unité Sciences économiques et sociales, systèmes de santé et sociétés (SE4S) ; Jean-Paul Moatti est professeur d'économie à l'université Aix-Marseille 2 et directeur de cette même unité. Ensemble, ils proposent à travers cet ouvrage une réflexion sur les paradoxes de la prévention et invitent le lecteur à la repenser, la réinventer.

Céline Deroche

Paris : éditions du Seuil, coll. La République des idées, 2009 : 103 pages, 10,50 €.

Les médias et la santé. De l'émergence à l'appropriation des normes sociales.

Groupe de recherche Médias et santé de l'université du Québec à Montréal.



Créé en 2005 par Lise Renaud, le Groupe de recherche médias et santé (GRMS) de l'université du Québec à Montréal (UQAM) est une unité pluridisciplinaire dont les travaux portent sur le rôle des médias dans le façonnement des normes sociales de santé. Cet ouvrage collectif rassemble le fruit de recherches réalisées par le GRMS de 2007 à 2009 et tente de répondre à la question de l'influence médiatique sur la naissance et le renforcement des normes socio-sanitaires, et notamment dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique.

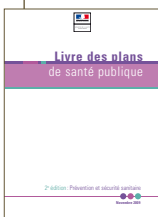
La première partie invite à une réflexion théorique sur les normes et la santé et la façon dont les médias contribuent à les façonner, en explorant le modèle dynamique interactif. Les chapitres suivants sont consacrés aux principaux acteurs engagés dans le processus de construction de la norme : émetteurs initiaux, émetteurs-relais (les acteurs médiatiques), récepteurs (enfants, adultes, populations précarisées, etc.). Les derniers chapitres traitent des interactions entre les acteurs sociaux et les démarches de mobilisation et de valorisation des connaissances en matière de promotion de la santé.

C. D.

Québec (Canada) : Presses de l'université de Québec, coll. Santé et société, 2010 : 429 pages, 20 €. En ligne : http://www.grms.uqam.ca/Pages/livre_grms_2010.aspx [dernière consultation le 02/03/2010]

Livre des plans de santé publique. Prévention et sécurité sanitaire. (2^e édition)

Ministère de la Santé et des Sports



Ce livre des plans de santé publique propose un panorama de l'ensemble des plans nationaux de santé en prévention et sécurité sanitaire, pilotés ou co-pilotés par la direction générale de la Santé. Il est destiné aux acteurs de santé partenaires de l'État : collectivités territoriales, Assurance maladie, agences sanitaires, associations de professionnels ou d'usagers. Cette deuxième édition reprend les programmes déjà signalés dans la première édition

d'octobre 2008 en actualisant leurs fiches descriptives.

On y trouve les plans concernant la santé générale des populations (lutte contre les drogues et les toxicomanies, santé des jeunes 16-25 ans, sommeil, contraception, périnatalité, etc.), ceux relatifs aux maladies chroniques (cancer, Alzheimer, douleur, maladies rares), ou encore au risque infectieux (hépatites, tuberculose, chikungunya-dengue, VIH-sida et IST, etc.). Sont également signalés les plans relatifs à la santé environnementale (chlordécone, accidents de la vie courante, etc.), à la préparation et à la gestion des alertes sanitaires (canicule, grand froid, pandémie grippale, etc.).

C. D.

Paris : ministère de la Santé et des Sports, novembre 2009 : 87 pages. Pour plus d'informations contacter l'adresse mail : livresdesplans@sante.gouv.fr

Internet et santé publique : pratiques, expériences et enjeux. [Dossier]

Bernard Goudet



La revue *Santé publique* consacre un dossier thématique à l'utilisation d'Internet en tant qu'outil d'intervention en santé publique. Fruit d'une collaboration entre la Société française de santé publique (SFSP), l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (<http://www.aspq.org/>) et le Groupe de recherche médias et santé (GRMS) de l'université du Québec à Montréal (<http://www.grms.uqam.ca/>), ce numéro présente une réflexion globale sur les usages et les pratiques de l'Internet en santé publique. Onze auteurs, chercheurs et acteurs de terrain développent leurs expériences et observations relatives à ce média, auprès du grand public ou de cibles plus particulières.

Dans une première partie, ils s'intéressent aux utilisations du web et discutent de ses enjeux : question de la responsabilisation dans son utilisation quotidienne, recherche d'information santé en ligne, usage dans les campagnes de promotion de la Santé (Québec), etc. Vient ensuite une partie dédiée à ses pratiques, expériences et à l'évaluation de ses dispositifs : espaces d'expression pour les jeunes, interventions personnalisées, programmes de prévention en ligne.

C. D.

Santé publique, novembre-décembre 2009, hors-série : 156 pages, 28 €.

Les jeunes et la sexualité : initiations, interdits, identités (XIX^e-XXI^e siècle)

Véronique Blanchard, Régis Revenin, Jean-Jacques Yvorel



Cet ouvrage nous plonge dans le détail des événements qui ont marqué la sexualité du XIX^e au XXI^e siècle dans plusieurs pays du monde (France, Espagne, Iran, Thaïlande, etc.).

La première partie de ce livre, intitulée « initiations », est découpée en trois thèmes : éducation sexuelle, sexualité et contrôle social, arts et médias. Les auteurs illustrent leurs propos de faits historiques clés qui permettent d'aborder les questions de l'éducation et de la santé sexuelles, du rôle

tenu par les médias et le cinéma (notamment la pornographie) dans l'initiation sexuelle des jeunes et des adultes. La deuxième partie, nommée « interdits », traite des questions de la prostitution et des violences sexuelles : traite des blanches aux États-Unis, inceste, pédophilie, etc. Enfin, la troisième partie de l'ouvrage, « identités », se consacre plus particulièrement à la question du genre et du rapport des jeunes à l'homosexualité et à l'hétérosexualité.

Laëtitia Haroutunian

Paris : Autrement, coll. Mutations, 2010, 407 pages, 25 €.

Quand les psychotropes font leur pub : cent trente ans de promotion des alcools, tabacs, médicaments

Thierry Lefebvre, Didier Nourrisson, Myriam Tsikounas



Alors que les Français figurent parmi les plus gros consommateurs mondiaux d'alcool et de médicaments malgré une législation de plus en plus restrictive, cet ouvrage s'intéresse à l'évolution des techniques utilisées par les publicitaires de presse en faveur des substances psychoactives, de 1873 – date de la première réglementation sur les réclames en faveur de l'alcool – à 2005 – date de publication du décret de la loi Evin.

En mettant en regard les aspects législatifs et les stratégies de marketing employées par les industries de l'alcool, du tabac et du médicament, les auteurs montrent comment la publicité a pu faire évoluer les représentations sociales liées à la consommation de ces psychotropes.

La première partie de l'ouvrage retrace la naissance et le développement de la publicité en France. Dans un second temps, les auteurs analysent l'évolution des messages publicitaires par type de produits (alcool, tabac, médicament) à partir d'un corpus d'images de presse, et décortiquent les arguments employés par les industriels. Quelques exemples sont étudiés en fin d'ouvrage pour rendre compte de cette évolution.

L. A.

Paris : Nouveau Monde éditions, 2010, 304 pages, 49 €.

Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent. À l'heure de l'intégration des pratiques.

Sous la direction de Louise Guyon, Nicole April, Sylvia Kairouz, Élisabeth Papineau, Lyne Chayer



Cet ouvrage fait suite aux 11^e Journées annuelles de santé publique du Québec, tenues en 2007, dont un des thèmes était « Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent, à l'heure de l'intégration des pratiques ». Ce colloque avait pour objectif de rendre compte des dernières recherches sur les facteurs de risque communs liés à l'usage et à l'abus de ces produits, et de réunir les expériences d'actions de prévention en cours au Québec.

Cet ouvrage s'articule en trois parties. La première partie fait le point sur les problématiques en question, prises de façon individuelle. Les auteurs font un rappel sur l'évolution du phénomène, la situation épidémiologique, les aspects sociaux et environnementaux, la situation de prévention mise en œuvre. La deuxième partie propose une analyse qui met en évidence les similarités existant entre ces problématiques (facteurs de risque communs, comportements et problèmes qui en découlent) et interroge les actions de prévention mises en place. Enfin, dans la troisième partie, les auteurs abordent la question de l'intégration des approches de prévention ciblant plus d'un comportement à la fois. Si les phénomènes de dépendance dont il est ici question reflètent avant tout la réalité québécoise, les analyses et pistes proposées peuvent néanmoins trouver écho dans notre société, notamment sur la question des jeux de hasard et d'argent, sujet émergent en Europe.

Laurence Auvray

Québec : Les Presses de l'université de Laval, coll. Toxicomanies, 2009, 293 pages, 24 €.

La prévention en question(s)

Groupe de concertation entre Académies des sciences de la vie et de la santé



Le Groupe de concertation entre Académies des sciences de la vie et de la santé a réuni dans cet ouvrage les interventions d'une journée scientifique organisée le 10 avril 2008 à Paris dont le thème était « la prévention en question(s) ». Cet ouvrage, destiné aux professionnels de santé, comprend deux volets, le premier reprenant les aspects théoriques de la prévention, l'autre axé plutôt sur les perspectives futures en matière de prévention et de recherche. La première partie de ces communications traite ainsi des questions de principe de précaution, des

liens entre prévention et économie de la santé, du dépistage de masse, de la prévention et de l'environnement, ainsi que des inégalités de santé et des aspects psychosociaux de la prévention. Les communications de la deuxième partie de l'ouvrage reprennent des exemples d'actions de prévention sur de nombreux thèmes : prévention vaccinale, Programme national nutrition-santé, prévention des zoonoses, etc. Les intervenants mettent en avant les éléments qui ont été efficaces ou les écueils à éviter, dans l'optique d'améliorer les futures stratégies ou politiques publiques.

L. H.

Paris : Hermès-Lavoisier, 2009, 208 pages, 52 €.

« Contre le sida, on est là, on se bat. »

Didier Drogba

**FAITES
PASSER LE
MESSAGE**

**Ensemble, luttons contre la discrimination
des personnes atteintes par le VIH.**