

numéro

406

Mars-Avril 2010

# LA Santé de l'homme



## Quels liens entre religieux et santé ?

**L'empowerment  
et la participation**  
ça marche!

**VIH** et approche  
psychothérapique

**École maternelle :**  
mieux vivre  
ensemble

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
**inpes**  
Institut national  
de prévention et  
d'éducation pour  
la santé

# 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**  
<dire@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), **Dr Bernard Basset** (INPES), **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-Harman** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraud** (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 : 2<sup>e</sup> 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](http://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.

## ► AIDE À L'ACTION

- La preuve est faite: l'empowerment et la participation, ça marche !**  
*Christine Ferron* . . . . . 4

## ► ENQUÊTE

- Alimentation et activité physique : connaissances et comportements**  
*Hélène Escalon, François Beck* . . . . . 7

## Dossier

## Quels liens entre religieux et santé ?

### Introduction

- Éric Le Grand, Stéphane Tessier, Laurence Kotobi, Soraya Berichi* . . . . . 11

### Question de sens

- Religion, santé, maladie**  
*Régis Dericquebourg* . . . . . 13

- Religion et santé: une quête de sens**  
*Jean-Bernard Paturet* . . . . . 17

### Question d'espaces d'intervention

- La religion dans l'expérience du VIH-sida**  
*Anne-Cécile Bégot* . . . . . 20

- La prise en compte des croyances dans les modèles d'éducation pour la santé nord-américains**  
*Bernard Goudet* . . . . . 21

- « Écouter, garantir la confidentialité, accueillir la personne telle qu'elle est »**  
*Martine Trapon* . . . . . 24

- « Prendre le temps de la rencontre »**  
*Mohamed Boussouar* . . . . . 26

- Dieu dans les représentations de santé des enfants**  
*Jean-Christophe Azorin* . . . . . 28

## Question de contexte: l'international

- Appartenance religieuse, spiritualité et santé au Québec**  
*Éric Le Grand* . . . . . 29

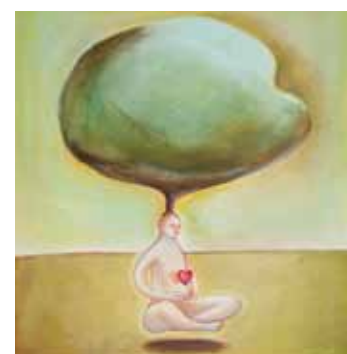
- La religion, facteur protecteur face aux tentatives de suicide ?**  
*Philippe Guilbert, Christophe Léon* . . . . . 31

- Regard sur certaines pratiques de soins au Brésil : que peut faire l'éducateur pour la santé ?**  
*Stéphane Tessier* . . . . . 33

- Le vaccin et le religieux en République islamique d'Iran: une lecture anthropologique**  
*Laurence Kotobi* . . . . . 35

- Pour en savoir plus**  
*Sandra Kerzanet* . . . . . 38

Illustrations : **Caterina Zandonella**



## ► QUALITÉ DE VIE

- « Ne pas remettre en cause le modèle de prévention mais le développer »**  
*Entretien avec France Lert* . . . . . 40

- « VIH: l'approche psychothérapeutique demeure fondamentale »**  
*Entretien avec Pierre-Marie Girard et Amina Ayouch-Boda* . . . . . 42

## ► INTERNATIONAL

- Genève: prise en charge pluridisciplinaire des enfants en surpoids**  
*Nathalie Farpour-Lambert* . . . . . 45

## ► LA SANTÉ À L'ÉCOLE

- « L'école maternelle, lieu extraordinaire d'apprentissage du mieux vivre ensemble »**  
*Entretien avec Marie Vitard* . . . . . 47

## ► LECTURES

- Céline Deroche* . . . . . 49

# La preuve est faite : *l'empowerment* et la participation, ça marche !

**Un rapport sur l'empowerment, publié par l'OMS en 2006 mais peu connu des professionnels, démontre l'utilité prouvée de cette démarche dans les actions de santé publique. Associer la population à la conception et la mise en œuvre d'une action de promotion de la santé accroît son efficacité, souligne l'OMS. Cela permet aussi de s'attaquer aux inégalités puisque l'empowerment bénéficie principalement aux personnes les plus éloignées du pouvoir et de la prévention. D'où la nécessité de recourir à cette démarche encore très peu répandue. Pour ce faire, il est urgent d'y former professionnels et décideurs.**

Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>1</sup>, paru en 2006, apporte la preuve scientifique, issue de l'analyse de plus de deux cent cinquante publications internationales, de l'impact positif de l'empowerment sur la santé publique.

Avant d'être un concept utilisé en éducation pour la santé et promotion de la santé, l'empowerment a d'abord été défini comme un « processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie ».

Dans un souci évident de pragmatisme, et faisant fi des risques de stigmatisation, le rapport de l'OMS pointe très clairement les populations en déficit de pouvoir et donc destinataires prioritaires des démarches d'empowerment : il s'agit des populations présentant un risque particulier d'exclusion sociale et de perte de pouvoir sur leur santé, c'est-à-dire en particulier les pauvres, les jeunes, les femmes et les patients.

L'empowerment s'inscrit donc dans un contexte d'inégalité de pouvoir et d'inégalité d'accès aux ressources et aux services. Il vise à mettre en évidence les racines de ces inégalités et à donner à ceux qui en souffrent les moyens d'agir sur ces différents facteurs.

### Corriger les inégalités de pouvoir

Selon le rapport de l'OMS, les inégalités de pouvoir sont générées par :

- « l'existence de barrières formelles ou informelles entre les individus ou les communautés d'une part, et les institutions ou les gouvernements, d'autre part. » Ces barrières empêchent les premiers de se sentir aptes ou légitimes à interpellier directement les seconds ;
- « un contrôle inégalitaire des ressources (matérielles, humaines, financières). » Le pouvoir sur les individus ou les communautés s'exerce « au travers d'un contrôle direct ou indirect de leur accès à l'éducation, à l'emploi et à de bonnes conditions de vie, ou au moyen de systèmes politico-économiques favorisant les intérêts de certaines catégories de personnes » ;
- « un contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances) » qui « agit en profondeur pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale » et « aussi de manière insidieuse, en plongeant les personnes dans une passivité qui les conduit à restreindre d'elles-mêmes leur capacité d'agir. » Ce contrôle idéologique s'inscrit dans « un maillage de discours et de pratiques existant dans les institutions, les communautés et les familles » et se concrétise par « des actions impactant très fortement les relations sociales. »

L'empowerment est un concept orienté vers l'action qui se base sur l'af-

firmation et le renforcement des atouts des individus et des communautés et non sur le pointage de leurs éventuelles carences et faiblesses. Ces atouts sont valorisés et développés dans le cadre d'actions menées sur le terrain, au plus près des populations concernées. Cette proximité est nécessaire car l'empowerment est propre à chaque culture, société ou population, par conséquent, « il suppose une action respectueuse du contexte local ».

### Les compétences individuelles ne suffisent pas

L'empowerment est « le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes) », afin d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés. Le rapport de l'OMS insiste fortement sur la nécessité d'un fonctionnement complémentaire et simultané de ces différents niveaux : « le rôle de l'organisation des populations marginalisées dans le sens d'une amélioration de leur capacité à exercer des choix et à transformer leurs vies » est aussi important que « le rôle de l'environnement (le contexte institutionnel, politique, économique et gouvernemental) qui autorise les acteurs à mettre en œuvre des actions efficaces ou au contraire les en empêche. »

Le rapport souligne également très fortement que « l'empowerment ne peut

pas être conféré aux personnes ou transféré à quelqu'un, mais est issu d'un processus par lequel les personnes s'attribuent du pouvoir. Les avocats de ce changement, ou les agents extérieurs qui le favorisent, peuvent jouer le rôle de catalyseurs des actions ou aider à créer des espaces pour que les personnes acquièrent les compétences nécessaires, mais la pérennisation du changement et l'empowerment ne peuvent se produire que lorsque les populations se donnent un nouvel élan, développent leurs compétences et plaident leur propre cause.»

Les stratégies visant l'empowerment «remettent en cause le contrôle social et l'injustice sociale, au moyen de processus politiques, sociaux et psychologiques révélant les mécanismes du contrôle, les barrières institutionnelles ou structurelles, les normes culturelles et les biais sociaux et ainsi rendent les gens capables de remettre en question l'oppression (qu'ils ont parfois internalisée) et de développer de nouvelles représentations de la réalité».

### Les stratégies d'empowerment efficaces...

Selon le rapport de l'OMS, la caractéristique la plus significative de la capacité d'une communauté à accroître l'empowerment de ses membres est «l'existence d'un leadership efficace, favorisant des processus de prise de décision participatifs et disposant d'une vision d'ensemble». Les autres caractéristiques des stratégies d'empowerment efficaces sont les suivantes :

- «l'implication d'une multiplicité d'acteurs: leaders d'opinions locaux (leaders communautaires, guérisseurs traditionnels, leaders religieux), acteurs de terrain et militants, décideurs politiques (c'est-à-dire les représentants gouvernementaux susceptibles de soutenir ou commanditer la mobilisation collective)»;
- «la mise en œuvre d'interventions adéquates sur le plan culturel»;
- «une évolution du rôle des professionnels de la domination au support ou à la facilitation»;
- «l'accès des populations aux informations sur les questions de santé publique et leur implication dans les processus de décision»;
- «la capacité de l'organisation locale à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires,



© Gina Smith / Fotolia

et le fait que ces dernières aient des comptes à rendre aux populations»;

- «le contrôle du financement du projet par la communauté elle-même».

Dans les communautés minoritaires, notamment sur le plan ethnique ou culturel, les interventions visant l'empowerment devraient «soutenir un leadership issu de ces communautés, reconnaître la potentialité d'un conflit transculturel et s'appuyer sur les forces existantes».

### ...et les obstacles à surmonter

Les obstacles à l'empowerment sont eux aussi de plusieurs ordres. Le rapport de l'OMS les classe de la façon suivante :

- «les obstacles psychosociaux: faible valeur accordée à la participation, leadership défaillant»;
- «les obstacles culturels: existence de dynamiques de pouvoir telles que l'action collective rendue difficile pour les populations marginalisées comme le sont parfois les jeunes, les femmes ou les usagers de drogues»;
- «les obstacles institutionnels: régimes autoritaires, stratification sociale rigide, gouvernements ayant une expérience limitée de la participation ou des démarches ascendantes, racisme, ainsi que manque de représentativité des participants, gestion défaillante, manque d'expertise dans la mobilisation et l'organisation des ressources, ou manque de connaissance des conditions favorisant la participation.»

Le rapport insiste également sur le rôle néfaste du caractère souvent implicite des relations de pouvoir, comme

celles qui sont «basées sur l'ethnie, le genre, la caste ou l'âge, ou entre les organisateurs et les participants, ou encore entre les donateurs et les bénéficiaires». L'empowerment peut être limité par la «réticence des professionnels à remettre en cause ces relations de pouvoir», ou par leur «manque de connaissance sur l'empowerment», ou par leur «réticence à étendre la participation au-delà des informateurs-clés, pour faciliter réellement la prise de décision communautaire». Les méthodes participatives peuvent elles-mêmes «comporter des limitations – impliquant les membres de la communauté comme de simples informateurs – ou faire écran au besoin d'analyser des politiques ou fonctionnements institutionnels plus larges susceptibles de surpasser les déterminants locaux du bien-être».

### Les effets de l'empowerment sur la santé

Comme toutes les revues de la littérature scientifique, le rapport de l'OMS<sup>2</sup> donne une place centrale aux études basées sur une méthode quasi expérimentale<sup>3</sup>. Plusieurs études de ce type, menées notamment dans des pays en voie de développement, ont montré que les stratégies de développement de l'empowerment des communautés avaient effectivement un impact en termes de santé publique. Mais ce qu'il est particulièrement intéressant de relever, c'est que l'accroissement du pouvoir des personnes et le développement de leur implication dans un projet donné peuvent avoir un impact positif sur un autre aspect de la prise en charge de leur santé et de celle de leurs proches. Par exemple, des études quasi expérimentales sur

l'accès à l'eau potable, menées au Togo et en Indonésie, «comparant des villages où était proposée une participation active à des groupes, des villages où était mise en place une intervention descendante consistant à installer les systèmes hydrauliques sans participation, et un groupe de villages témoins, ont montré que le taux de vaccination des enfants était 25 à 30 % supérieur dans les villages où les habitants avaient participé activement à des groupes. L'empowerment communautaire dans le cadre de projets portant sur l'accès à l'eau est donc corrélé avec une amélioration des stratégies de protection de la santé des enfants.»

## Les effets de l'empowerment des femmes

Premier exemple : développer le pouvoir des femmes sur leur propre santé et celle de leurs proches, passe par «un accroissement de leur autonomie, de leur mobilité, de leur autorité dans la prise de décisions, de leur pouvoir au sein du foyer et de leur implication dans la gestion des revenus du foyer». Cet empowerment a de multiples effets positifs en matière de santé :

- amélioration globale de la santé des enfants ;
- élévation des taux de couverture vaccinale et baisse de la mortalité infantile ;
- amélioration du contrôle des naissances ;
- accroissement des demandes de prise en charge sur le plan de la santé ;
- amélioration de la qualité de l'alimentation et réduction de la malnutrition grave ;
- amélioration globale de la qualité de vie : augmentation de la capacité des femmes à s'organiser et à défendre leur cause, amélioration des services, changements politiques et gouvernementaux produits par la mobilisation des femmes, transformation radicale des conditions économiques faites aux femmes, augmentation de la proportion de filles scolarisées, accroissement de la production agricole et des fonds détenus par les familles, etc.

## Les effets de l'empowerment des patients

Deuxième exemple : il existe de nombreuses données probantes «démontrant que l'impact des stratégies d'empowerment des patients sur la santé peut se manifester de différentes manières :

- *directement, au travers d'une amélioration de l'efficacité des prises de décision individuelles et de la gestion des complications de la maladie et de l'adoption de comportements plus favorables à la santé ;*

- *indirectement, grâce à la prise de pouvoir dans le cadre des soins, à une satisfaction accrue vis-à-vis des relations soignants-soignés, ainsi qu'à un meilleur accès aux soins et à une utilisation plus efficace (et moins fréquente) des services de santé, à un niveau d'éducation personnelle plus élevé et à un meilleur état de santé mentale. Les programmes de promotion de la santé mentale visant l'empowerment au travers d'actions de plaidoyer placent les patients dans des rôles d'aidants qui renforcent leur support social et leur qualité de vie, et peuvent générer des changements de politiques et de pratiques comme l'amélioration de la qualité des services de loisirs, la création de nouveaux espaces de répit, l'émergence de mouvements contre la stigmatisation des personnes atteintes et le développement de politiques de droits des usagers.»*

Deux revues exhaustives de la littérature consacrées à l'empowerment des patients diabétiques concluent à son impact positif sur leur santé :

- «onze études ont montré une amélioration du contrôle du diabète, des connaissances et de l'usage des médicaments, associée à un renforcement des compétences à se prendre en charge et à une meilleure satisfaction vis-à-vis du traitement» ;

- «soixante-douze études ont montré des effets positifs à court terme sur la capacité à se prendre en charge, les habitudes alimentaires et le contrôle de la maladie, associés à des caractéristiques liées directement à l'empowerment, comme la capacité des patients à prendre des décisions.»

Dans tous les cas, «les discussions en petit groupe se sont avérées plus efficaces que les sessions didactiques.»

## Comment réinvestir ces résultats dans les pratiques d'éducation pour la santé ?

Le rapport de l'OMS se conclut sur quatre messages-clés :

- **la preuve est faite de l'efficacité des démarches d'empowerment en santé publique ; «avec une grande constance,**

*la littérature montre que ces stratégies produisent des résultats aux niveaux psychologique, organisationnel et communautaire, et dans toutes les populations, même si les résultats peuvent présenter des spécificités en fonction de la nature des problèmes et des contextes sociaux.»* Les évaluations scientifiques «font la démonstration que l'empowerment est effectivement une stratégie de santé publique pertinente.»

En pratique : la pertinence des stratégies d'empowerment n'étant plus à démontrer, leur justification dans les projets et la mesure de leur impact en termes de santé publique ne sont plus nécessaires : «les décideurs politiques doivent comprendre que les changements en termes d'empowerment, tels que l'empowerment psychologique, la responsabilisation des institutions ou les politiques de santé communautaire, peuvent constituer des preuves suffisantes du succès d'un programme, même si les changements de l'état de santé ne se sont pas encore produits, en particulier au niveau national ou régional.»

- **la nécessité absolue d'inscrire les démarches participatives dans des stratégies globales de promotion de la santé «contribuant à mettre en cause l'indifférence ou l'oppression des institutions, et à rétablir l'équilibre des pouvoirs.»**

En pratique : les stratégies dont la littérature scientifique a démontré l'efficacité étant celles qui associent plusieurs axes d'intervention, tout projet, même centré sur une population ou communauté spécifique, devrait comporter une dimension sociale et politique.

- **compte tenu de l'intérêt des stratégies d'empowerment pour la santé publique, il est urgent de développer la formation «des professionnels de la santé et du développement, des prestataires de services de soin ou de prévention, des décideurs politiques et des leaders communautaires, aux stratégies d'empowerment communautaire.»**

En pratique : les acteurs de l'éducation pour la santé ont une responsabilité claire dans le champ de la formation. Mais il serait également important qu'ils accroissent leur propre connaissance de toutes les composantes des stratégies d'empowerment, qui supposent l'élucidation et la prise en compte, dans les actions, de tous les déterminants des inégalités de santé et de l'exclusion sociale.

• la littérature scientifique internationale est abondante sur la question de l'*empowerment*; néanmoins, il existe un déficit de recherches qui ne soient pas basées sur des protocoles quasi expérimentaux; ces derniers sont applicables uniquement «pour des interventions restreintes avec des populations spécifiques, mais les initiatives larges visant l'empowerment requièrent un ensemble de méthodes examinant les programmes au sein de leur contexte sociopolitique».

En pratique : la mise en œuvre de ce type de méthodes suppose la mise en place de collaborations étroites entre chercheurs et acteurs de terrain, de la conception du protocole de recherche, à son application et à l'interprétation des résultats. Ces collaborations devraient être clairement favorisées et soutenues dans le cadre des appels d'offres de recherche.

L'efficacité des actions d'éducation pour la santé et leur appui sur des données scientifiquement validées est un souci partagé par les acteurs de terrain et par leurs financeurs. Par la richesse des informations, des réflexions et des pistes d'action qu'il contient, ce rapport ouvre la voie d'un développement significatif des stratégies d'*empowerment* à la base de la réduction des inégalités sociales de santé.

#### Christine Ferron

Psychologue, directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Bretagne, Rennes.

1. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of *empowerment* to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>), 2006: 37 p.

Traduction française: Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé? disponible sur le site: <http://www.irepsbretagne.fr> (rubrique Actualités de l'Ireps) ou [http://www.irepsbretagne.fr/fichiers\\_attaches/EvidenceEmpowerment\\_OMS\\_IREPSBretagne1.pdf](http://www.irepsbretagne.fr/fichiers_attaches/EvidenceEmpowerment_OMS_IREPSBretagne1.pdf)

2. Une partie du rapport de l'OMS est consacrée aux effets des stratégies visant l'empowerment en termes d'empowerment psychologique, organisationnel ou communautaire – l'empowerment étant alors considéré comme une fin en soi. Le présent article ne reprend pas ces éléments.

3. Appelées aussi études «randomisées contrôlées», ces études sont basées sur des mesures effectuées avant et après l'intervention, en comparant un groupe expérimental (ayant bénéficié de l'intervention) et un groupe témoin (n'en ayant pas bénéficié). Dans le sujet qui nous préoccupe, ce type d'études permet de tester l'hypothèse selon laquelle un accroissement de l'empowerment entraîne un gain en matière de santé. Les résultats qui en sont issus sont appelés «données probantes».

## Alimentation et activité physique : connaissances et comportements

**L'INPES vient de publier les résultats du «Baromètre santé nutrition», enquête périodique réalisée auprès de la population française. Si les taux de consommateurs de féculents, viandes, poissons et œufs sont satisfaisants, en revanche, ceux de fruits/légumes et de produits laitiers restent insuffisants et ceux de boissons sucrées et de plats tout prêts augmentent. Par ailleurs, un peu moins d'un Français sur deux a une pratique d'activité physique favorable à la santé.**

Le Baromètre santé nutrition 2008, troisième exercice d'une enquête déjà menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en 1996 et en 2002, a pour objectif d'évaluer et de suivre dans le temps les comportements, les attitudes et les connaissances des Français en matière d'alimentation et d'activité physique. Il s'agit, d'une part, d'étudier les comportements tels que la pratique d'activité physique, les achats alimentaires, les consommations, mais aussi l'environnement et la structuration des repas; d'autre part, de suivre les connaissances et les perceptions des individus. Ces dernières sont en effet susceptibles de constituer des leviers ou, au contraire, des freins à la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique appropriée.

Ces différentes dimensions ont également été analysées sous l'angle des inégalités sociales de santé, et sept régions<sup>1</sup>, ayant bénéficié chacune de suréchantillons d'environ mille personnes, font par ailleurs l'objet d'une analyse interrégionale spécifique.

Toutes ces dimensions ne sont pas exposées dans cet article mais sont étudiées en détail dans le cadre de l'ouvrage (1).

Cette enquête téléphonique a été menée auprès d'un échantillon aléatoire de 4 714 personnes francophones âgées de 12 à 75 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine. Pour tenir compte de l'évolution du paysage téléphonique, ont été interrogées : les personnes ayant un téléphone filaire en listes blanche, orange et rouge, les personnes appartenant à des ménages équipés uniquement d'un téléphone portable et celles en dégroupage total.

Les consommations alimentaires ont été recueillies principalement à travers un rappel de vingt-quatre heures (les personnes déclarent l'ensemble des aliments et boissons consommés la veille de l'interview) et, pour certains aliments moins fréquemment consommés, à partir d'un questionnaire fréquentiel sur les quinze derniers jours.



© shcock / Fotolia

## Consommations, connaissances et perceptions selon les groupes alimentaires

Si l'on observe généralement un lien positif entre les connaissances, les perceptions et les comportements alimentaires, les niveaux et les évolutions de ces trois dimensions s'avèrent très variables selon les groupes alimentaires considérés.

Pour les fruits et légumes, on observe une nette augmentation de la connaissance du repère, accompagnée d'une hausse de moindre ampleur de la consommation. Ainsi, en 2008, 11,8 % des Français âgés de 12 à 75 ans déclarent avoir mangé des fruits et légumes au moins cinq fois la veille de l'interview (jus de fruits exclus<sup>2</sup>), ce qui constitue une légère augmentation depuis 2002 (10,2 %). En parallèle, on observe une amélioration très nette de la connaissance du repère «fruits et légumes»: en 2002, seule une petite minorité des personnes interrogées déclarait qu'il fallait consommer «*au moins cinq fruits et légumes par jour pour être en bonne santé*», la proportion ayant plus que décuplé en 2008.

Concernant les produits laitiers, si la connaissance du repère<sup>3</sup> est en hausse, la consommation se révèle plutôt stable, voire en légère baisse. Sur l'ensemble

des 12-75 ans, moins d'une personne sur quatre (24,3 %) a consommé, la veille de l'interview, le nombre de produits laitiers recommandé, celui-ci variant avec l'âge. Ainsi, moins d'un adulte de 18 à 54 ans sur cinq (18,3 %) en a pris trois fois, alors que 44,6 % des 12-17 ans et 31,4 % des 55-75 ans en ont pris trois ou quatre fois. On observe, en outre, une légère diminution de ce pourcentage entre 2002 et 2008 (de 29,1 % à 26,5 %). Chez les adultes âgés de 18 à 75 ans, il retrouve néanmoins la valeur de 1996, suggérant une certaine stabilité sur un plus long terme. L'analyse selon le sexe et l'âge révèle une nette diminution de ce pourcentage chez les jeunes filles âgées de 12 à 17 ans (de 50,0 % en 2002 à 39,6 % en 2008). En parallèle, la connaissance du repère produit laitier a augmenté: en 2002, moins d'un Français sur cinq (17,6 %) citait correctement le repère du Programme national nutrition-santé (PNNS) correspondant à son âge contre près de un sur quatre (24,3 %) en 2008.

Les féculents, quant à eux, sont consommés à chaque repas, comme cela est recommandé, par une large majorité de Français malgré une faible connaissance du repère: seuls 10,3 % des enquêtés déclarent qu'il faut en manger au moins trois fois par jour pour être en bonne santé. Sept per-

sonnes sur dix (70,1 %) ont mangé des féculents au moins trois fois la veille. Ce taux est relativement stable chez les adultes de 18 à 75 ans entre 1996 et 2008. Depuis 2002, néanmoins, il est en légère baisse chez les 12-75 ans (de 74,8 % à 71,0 %). La majorité des individus pense qu'il faut en manger seulement, soit une, soit deux fois par jour (59,1 %), et près d'un tiers (30,5 %) moins d'une fois par jour<sup>4</sup>.

Les «viandes, produits de la pêche et œufs» (VPO) ont été consommés une à deux fois la veille de l'enquête par plus de huit personnes sur dix (82,7 %). Ce taux de consommateurs est resté globalement stable entre les trois vagues de l'enquête. En 2008, le repère de consommation de ce groupe (à consommer une à deux fois par jour) est connu par près des deux tiers de la population (63,1 %). Néanmoins, contrairement aux autres groupes alimentaires, aucun lien n'apparaît entre la connaissance du repère et la consommation d'un aliment de ce groupe une à deux fois la veille.

Lorsque l'on considère plus spécifiquement le poisson, moins de la moitié des Français (45,3 %) déclarent en manger au moins deux fois par semaine, comme cela est recommandé. Chez les 18 à 75 ans, ce pourcentage a légèrement augmenté entre 1996 et 2008 (de 41,4 % à 46,8 %) après avoir nettement diminué en 2002.

Notre enquête a montré par ailleurs une hausse significative du taux de consommateurs de produits et boissons sucrés. Chez les 18-75 ans, le taux de consommateurs de produits sucrés au moins une fois la veille est passé de 72,0 % à 75,2 % entre 1996 et 2008. Parmi les 12-75 ans, celui de boissons sucrées a augmenté de 19,5 % à 22,0 % depuis 2002. Cette hausse est uniquement observée chez les hommes qui étaient déjà, en 1996 comme en 2002, les plus gros consommateurs de boissons de ce type. Bien qu'ils n'aient pas augmenté, les taux de consommateurs demeurent de loin les plus élevés chez les 12-17 ans (36,2 %), et particulièrement chez les garçons (43,6 %) et chez les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans.

Les plats tout prêts apparaissent également de plus en plus utilisés. La proportion de personnes déclarant



avoir consommé un plat « tout prêt »<sup>5</sup> au moins une fois par semaine a nettement augmenté entre 2002 et 2008 (de 32,2 % à 47,3 %), après avoir diminué entre 1996 et 2002. Cette tendance est observée quel que soit l'âge. Le taux de consommateurs reste néanmoins nettement plus important chez les jeunes et les jeunes adultes.

Concernant l'utilisation des matières grasses et du sel, une évolution plutôt favorable peut être mise en avant. Entre 2002 et 2008, l'habitude de mettre sur la table de la mayonnaise, du beurre, de l'huile d'olive, de la crème fraîche ou du sel a diminué (figure 1).

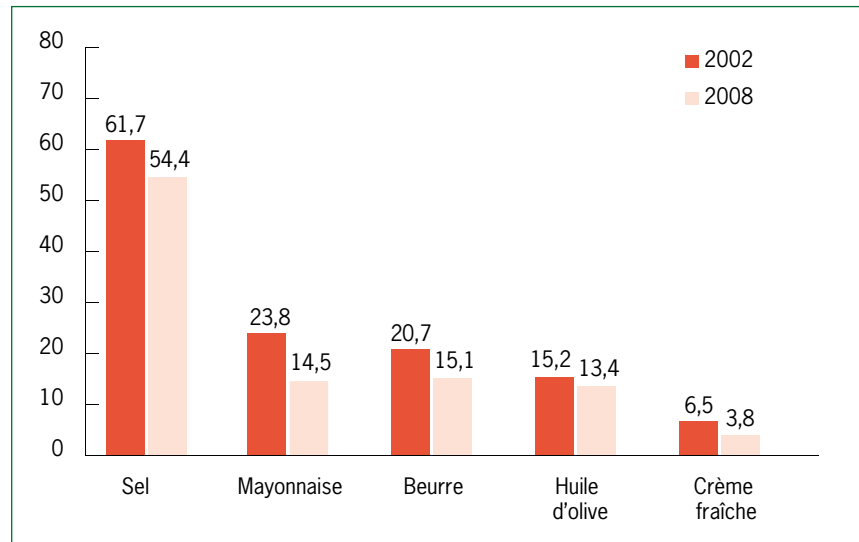
### Pratique de l'activité physique

Pour entraîner des bénéfices sur la santé, l'activité physique doit être pratiquée de façon régulière, pendant un minimum de temps et avec une intensité minimale. Elle est considérée dans sa globalité, incluant l'ensemble des activités physiques pratiquées dans la vie de tous les jours, comme par exemple soulever des charges lourdes, jardiner, faire des trajets en roller.

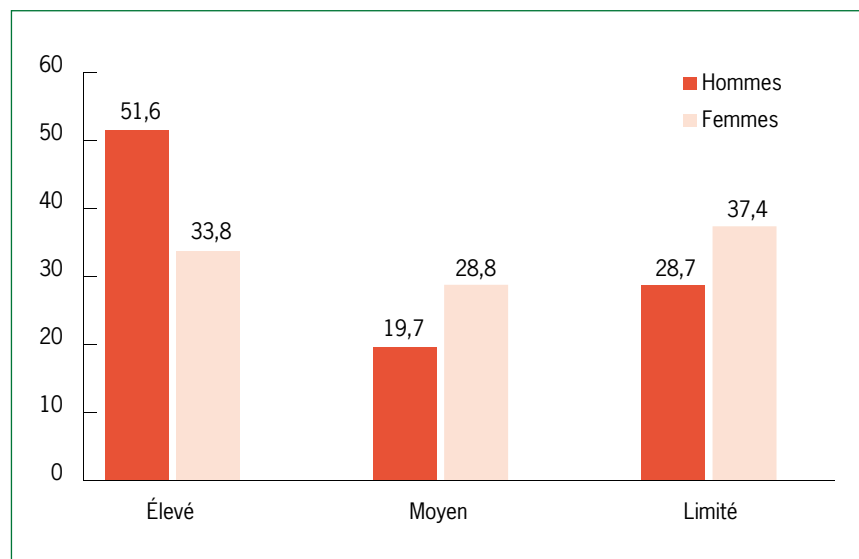
Un questionnaire international de l'Organisation mondiale de la santé (2), le *Global Physical Activity*, tenant compte de ces trois dimensions (fréquence, durée et intensité) a été utilisé dans le Baromètre santé nutrition 2008 pour mesurer le pourcentage des personnes pratiquant une activité physique « favorable à la santé ». Il permet, en effet, de classer les individus dans trois niveaux d'activité physique : limité, moyen et élevé, ce dernier correspondant à une pratique favorable à la santé. Ce questionnaire permet aussi d'identifier les situations ou contextes dans lesquels l'activité physique est réalisée (3).

Moins de la moitié des 15-75 ans (42,5 %) atteignent un niveau d'activité physique d'une durée et d'une intensité suffisantes pour entraîner des bénéfices sur la santé. Les femmes sont nettement moins nombreuses (33,8 %) que les hommes (51,6 %) à atteindre ce niveau (figure 2). Cet écart entre hommes et femmes, particulièrement marqué chez les jeunes, s'estompe avec l'âge dans la mesure où la pratique d'une activité physique favorable à la santé chez les hommes diminue très nettement avec l'âge.

**Figure 1. Habitude de mettre sur la table du sel ou des matières grasses, évolution chez les 12/75 ans.**



**Figure 2. Répartition des hommes et des femmes selon le niveau d'activité physique (en pourcentage).**



### Nécessité de prendre en compte les différents groupes

Le Baromètre santé nutrition 2008 met en évidence des résultats plus ou moins satisfaisants, en termes de santé publique, selon les groupes alimentaires considérés. Ainsi, les taux de consommateurs de féculents et d'aliments du groupe VPO apparaissent satisfaisants alors que ceux de fruits et légumes et de produits laitiers le sont moins, actualisant ainsi des tendances similaires observées dans les enquêtes Inca 2 (4) et ENNS (5, 6). Ces diverses sources montrent ainsi la nécessité de pour-

suivre des actions de promotion de la consommation de fruits et de légumes mais aussi de celle de produits laitiers. Les jeunes filles, en particulier, apparaissent un groupe à cibler en priorité. Bien que de nombreuses publicités de l'industrie agro-alimentaire sur le lait, les yaourts, les fromages et autres préparations lactées soient diffusées, le repère sur la consommation de produits laitiers apparaît nettement moins ancré dans les esprits que celui des fruits et légumes.

Par ailleurs, l'augmentation du taux de consommateurs de boissons



© Dmitry Stadnik / Fotolia

sucrées entre 2002 et 2008, en particulier chez les hommes, pointe également la nécessité de chercher de nouvelles voies pour tenter d'en limiter la consommation. Par le biais de l'interdiction des distributeurs de boissons dans les établissements scolaires, loi mise en application en septembre

2005 (7), les pouvoirs publics ont déjà pris des mesures visant à freiner la consommation de boissons sucrées chez les jeunes. Néanmoins, bien qu'ils n'aient pas augmenté, les taux de consommateurs demeurent de loin les plus élevés parmi les adolescents (particulièrement chez les garçons de

12-17 ans) et les jeunes adultes que dans le reste de la population.

Enfin, l'enquête a montré l'insuffisance d'une pratique d'activité physique favorable à la santé pour plus de la moitié de la population des 15-75 ans (57,5 %). La poursuite de la promotion de l'activité physique apparaît indispensable par le biais d'interventions visant à la fois à mettre en place un environnement favorable et à inciter les personnes, en les accompagnant, à aller au-delà de leur pratique d'activité physique habituelle.

**Hélène Escalon**

Coordinatrice du Baromètre santé nutrition,

**François Beck**

Responsable du département Observation des comportements de santé, Direction des affaires scientifiques, INPES.

## ► Références bibliographiques

- (1) Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis: INPES, coll. Baromètres santé, 2009: 424 p.  
En ligne: <http://www.inpes.sante.fr/barometre-sante-nutrition-2008/index.asp>
- (2) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (Gpaq). Guide pour l'analyse*. Genève: OMS, 2005: 26 p.  
En ligne: [http://www.who.int/chp/steps/Gpaq\\_Analysis\\_Guide\\_FR.pdf](http://www.who.int/chp/steps/Gpaq_Analysis_Guide_FR.pdf)
- (3) Vuillemin A., Escalon H., Bossard C. Activité physique et sédentarité. In: Escalon H., Bossard C., Beck F., dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis: INPES, coll. Baromètres santé, 2009: p. 239-268.  
En ligne: <http://www.inpes.sante.fr/barometre-sante-nutrition-2008/pdf/activite-physique.pdf>
- (4) Lafay L., Volatier J.-L. dir. *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (Inca 2) 2006/2007*. Maisons-Alfort: Afssa, 2009: 226 p.  
En ligne: <http://www.afssa.fr/PNQ001.htm>
- (5) Institut de veille sanitaire (InVS). *Étude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition-santé (PNNS): premiers résultats*. Colloque du Programme national nutrition-santé (PNNS), 12 décembre 2007. Saint-Maurice: InVS, 2007: 74 p.
- (6) Castetbon K., Vernay M., Malon A., Salanave B., Deschamps V., Roudier C., et al. Dietary intake, physical activity and nutritional status in adults: the French nutrition and health survey (ENNS, 2006-2007). *British Journal of Nutrition*, 2009, vol. 102, n° 5: p. 733-743.
- (7) République française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal officiel*, 11 août 2004.  
En ligne: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000787078&dateTexte=>

1. Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur. La Champagne-Ardenne a fait aussi l'objet d'un suréchantillon mais un an plus tard, en 2009. Les résultats ne sont donc pas présentés dans l'ouvrage.
2. Les jus de fruits ont été exclus dans la mesure où les types de jus de fruits (en particulier les jus « sans sucre ajouté ») n'ont pas été distingués dans le rappel des vingt-quatre heures.
3. Le repère varie selon l'âge: pour les adultes, il est conseillé de consommer trois produits laitiers par jour et, pour les jeunes et les adultes âgés de 55 ans et plus, « trois ou quatre par jour ».
4. Les questions relatives à la connaissance des repères du groupe féculents et VPO ont été posées seulement en 2008, c'est pourquoi leur évolution n'est pas mentionnée.
5. La question précisait: « Des plats tout prêts, par exemple surgelés, en conserve, du fast-food ramènés à la maison, etc. ».

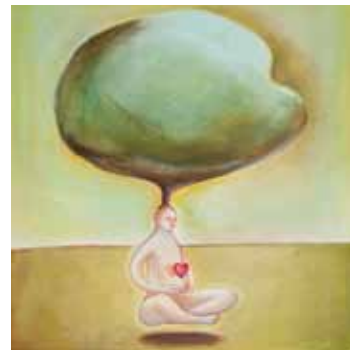
Nous souhaitons remercier l'ensemble des auteurs ayant participé au Baromètre santé nutrition 2008 et dont certains résultats sont repris dans cet article: François Baudier, Aurélie Bocquier, Claire Bossard, Nicole Darmon, Corinne Delamaire, Arnaud Gautier, Dorothée Grange, Romain Guignard, Juliette Guillemont, Chantal Julia, Jean-Louis Lambert, Geneviève Le Bihan, Christophe Léon, Nathalie Lydié, Claude Michaud, Jean-Pierre Poulain, Inca Ruiz, Alain Trugeon, Anne Vuillemin, Catherine Vincelet.

## Quels liens entre religieux et santé ?

Aujourd'hui, il pourrait paraître paradoxal de consacrer un numéro de *La Santé de l'homme* à la question de la religion, du religieux et de son rapport à la santé. En effet, à considérer superficiellement la définition de l'homme moderne et de la modernité, celle-ci semble laisser peu de place à la croyance individuelle et collective dans un au-delà guidant les aspirations de chacun. Ce visage de l'homme moderne pourrait se résumer en un être rationnel, maîtrisant son destin, son corps et sa santé. Pour autant, ce visage, si tant est qu'il ait été réalité, n'est-il pas en train de changer face à ce que Max Weber et Marcel Gauchet appelaient «*le désenchantement du monde*»? Or, cette actualisation de la «*religion*» rend nécessaire au préalable de distinguer parmi les multiples dimensions qui caractérisent le «*fait religieux*», celles qui ont une apparente influence sur la santé :

- une dimension proprement philosophique, que traduit le besoin de croire en quelque chose de transcendant, comme aspiration, soutien pour affronter les vicissitudes de la vie, de la maladie, et faire face à «*l'incertitude de l'avenir*»;
- une dimension anthropologique qui recouvre le besoin de se rassembler, de se distinguer en affirmant son appartenance à une religion ou à un courant religieux et en adoptant les rites, tabous et usages qui ont, pour certains, un effet matériel ou symbolique sur la santé corporelle et mentale (habitudes alimentaires, hygiène, sexualité, dépendances, etc.);
- une dimension psychologique, que les neurologues ont pu mettre en évidence, d'apaisement, de stabilisation par des pratiques méditatives, quel qu'en soit le dogme, souvent confondues avec la notion floue de «*sentiment religieux*», qui permettrait aux individus d'avoir un cadre rassurant et structurant pour leur bien-être, donc favorable pour leur santé.

Ce qui nous a conduit à proposer ce dossier est aussi de soumettre quelques pistes de réflexion et d'action sur l'un des déterminants de la santé qui est peu abordé en France, alors qu'il questionne quotidiennement les divers intervenants de terrain.



Illustrations : **Caterina Zandonella**

Dossier coordonné par **Éric Le Grand**, sociologue, consultant en promotion de la santé, **Stéphane Tessier**, médecin de santé publique, association Regards, **Laurence Kotobi**, maître de conférence en anthropologie, Université Victor-Segalen-Bordeaux 2, avec la collaboration de **Soraya Berichi**, chargée de mission «*prévention et santé des jeunes*», Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, Haut Commissaire à la jeunesse.

**«Ce dossier propose de montrer en quoi le "sentiment religieux", que nous pouvons traduire en termes de croyances et de pratiques, a une influence sur les représentations et les pratiques de santé.»**

Ce dossier propose donc de montrer en quoi le «sentiment religieux», que nous pouvons traduire en termes de croyances et de pratiques (liées ou non à une religion déterminée), a une influence sur les représentations et les pratiques de santé. Il s'intéressera peu aux pratiques liées

à telle ou telle appartenance religieuse, qui auraient mérité de plus amples développements. Il n'entend pas non plus établir une liste de pratiques et/ou de rites, ni hiérarchiser ces sentiments religieux au regard d'un éventuel risque ou bénéfice pour la santé. De la même façon, la question du religieux prend un sens tout à fait singulier dans le contexte

français où la laïcité joue, depuis plus d'un siècle, le rôle de garant du vivre ensemble avec un sens qui a évolué depuis le véritable dogme «religieux» républicain du XIX<sup>e</sup> siècle à l'acceptation de toutes les pratiques considérées comme relevant de l'espace privé.

Le dossier s'articulera ainsi autour de trois questions.

La première, celle du *sens*, montrera au travers du regard de Régis Dericquebourg, sociologue, et Jean-Bernard Paturet, philosophe, quel(s) sens donner aux interactions entre religion/religieux et santé.

La deuxième question portera sur les *espaces d'intervention* où le religieux peut se manifester. Anne-Cécile Bégot, ethnologue, portera un regard sur l'interaction entre religion et prise en charge du VIH, tandis que des acteurs de l'édu-

cation pour la santé (Mohamed Boussouar, Jean-Luc Azorin) et du social (Martine Trapon) s'interrogeront sur la place qu'occupe la religion dans leur pratique quotidienne. De la même façon, on ne peut parler du religieux en France sans porter aussi une attention sur l'évolution des mouvements religieux parallèles et/ou sectaires qui privilégient de plus en plus une approche liée aux questions de santé pour recruter de futurs adeptes. L'intérêt de ces mouvements pour les questions de santé illustre aussi et peut-être surtout une insatisfaction de nos contemporains à l'égard des réponses apportées à leur souffrance par le système de santé moderne. De fait, ces mouvements se développent notamment dans ces différents espaces d'intervention et interrogent nos pratiques et nos représentations.

La dernière question portera sur le *contexte*. Un éclairage sera donné au travers de recherches menées dans d'autres pays. Ainsi, nous traverserons le Brésil (Stéphane Tessier), le Québec (Éric Le Grand) et l'Iran (Laurence Kotobi) pour donner un aperçu des questions qui se posent sur ce lien entre religion, religieux et santé.

Bien entendu, ce numéro pourra paraître imparfait ou incomplet à celles et ceux qui souhaitent aborder plus particulièrement les pratiques liées à telle ou telle religion. Nous sommes bien évidemment conscients de cette limite qui toutefois nous a permis d'éviter tout piège culturaliste autant que d'inviter les acteurs de terrain à reposer le cadre de ce questionnement.

**Éric Le Grand, Stéphane Tessier,  
Laurence Kotobi, Soraya Berichi.**

# Religion, santé, maladie

**Religion et santé sont liés depuis des millénaires. Le succès de la médecine biologique et de la chirurgie n'empêche pas une partie de la population de recourir à une thérapie religieuse en cas de maladie. Il existe une prédisposition culturelle au recours aux thérapies religieuses ; celle-ci s'articule autour de plusieurs éléments psychologiques : question du sens, place pour le surnaturel, etc. Pour les patients qui y ont recours, ils se donnent ainsi plus de chances de guérir.**



D'une manière générale, la religion et la santé sont liées. L'anthropologue et médecin Jean Benoist considère même leur lien comme fondamental (1). Une simple mise en perspective le montre.

Dans l'Antiquité grecque, les soins étaient placés sous les auspices d'Asclépios, dieu de la médecine, devenu Esculape chez les Romains. La médecine Yunani, proche de l'Islam, a ses praticiens (Hakim) et ses lieux de pèlerinage pour les malades (2). Dans ses récits de voyages (1347), Ibn Battûta décrit les guérisons de paralytiques près du tombeau d'Ali (3). Les spiritua-

lités asiatiques, bouddhisme et hindouisme, proposent une extinction des souffrances et développent une médecine liée à leurs croyances comme la médecine Yan-Ji qui est à la confluence de la biomédecine et de trois traditions religieuses : le confucianisme, le bouddhisme et le taoïsme. On trouve aussi dans leurs marges des guérisseurs médiums et invocateurs de déesses spécialisées dans un type de maladie (4, 5). Les pasteurs protestants peuvent faire l'imposition des mains aux personnes souffrantes. Chez les catholiques, on trouve, entre autres, le pèlerinage de Lourdes, les messes et les prières pour les malades, l'onction des

malades dont le Pape a rappelé, il y a peu de temps, l'importance<sup>7</sup>.

On trouve aussi les dévotions populaires aux saints guérisseurs dans le catholicisme romain mais aussi dans le catholicisme orthodoxe puisqu'il n'est pas rare de trouver dans les chapelles et les églises des figurines représentant un organe laissé en remerciement de sa guérison. Aux marges du protestantisme et du catholicisme, on trouve des mouvements pentecôtistes et charismatiques centrés sur le don de guérison (6-11). Plus récemment, est apparu au sein du protestantisme évangélique le phénomène des chambres de guérison.

Louis Hourmant rappelle que, dans la tradition religieuse japonaise, « les pratiques de guérison apparaissent comme fortement présentes, tant dans le fond chamanique que dans les religions établies et dans les nouvelles religions. » Parmi ces dernières, Mahikari et la Sokka Gakkaï (12) ont des « pré-occupations de santé ». Il faudrait aussi évoquer les Églises indépendantes africaines qui incluent des guérisseuses dans leurs congrégations (13). Jean-Pierre Laurant rappelle que les guérisons miraculeuses obtenues par le Christ ont donné lieu à des interprétations à caractère ésotérique (14). On en trouve chez Paracelse (1493-1541), Guillaume Postel (1510-1581), Adrien Péladan (1859-1885), l'abbé Julio (1844-1912). Papus-Gérard Encausse a proposé une « théorie de la santé et de la maladie » ainsi que des traitements en rapport avec son système gnostique (14).

## «Briseurs de soucis»

On le voit, les Églises, sectes ou cercles de spiritualité que nous venons d'énumérer se proposent de délivrer l'homme des maux physiques et mentaux assumant ainsi le rôle de «briseurs de soucis» (*concern-breakers*) que Freud assignait globalement aux religions. Toutefois, même si elle peut donner lieu à des phénomènes collectifs de grande envergure comme le pèlerinage de Lourdes, la quête de la guérison n'est pas primordiale. En effet, ces confessions se spécifient plus par une doctrine et par des pratiques en vue d'obtenir un salut dans un au-delà de la mort que par le souci de délivrer l'homme de ses maux pendant son existence terrestre. Ainsi, le catholicisme ne se définit pas par ses pratiques de culte aux saints guérisseurs, par ses messes pour les malades ou par le pèlerinage de Lourdes, mais comme une entreprise dépositaire d'une grâce sacramentelle qu'elle distribue par l'intermédiaire d'un clergé en vue d'assurer le salut des âmes après la mort. Il en va de même pour

le pentecôtisme, où les guérisons obtenues ne sont qu'un moyen de montrer l'existence et la «puissance» de Dieu pour inviter les hommes à travailler à leur salut.

En revanche, à la différence des communautés que nous venons d'évoquer, certains groupes religieux minoritaires (sectes et autres non-conformismes religieux) font passer le traitement spirituel des maladies avant la quête du salut de l'âme. La volonté de guérir qu'ils affichent publiquement, le poids des considérations sur la santé et la maladie dans leurs doctrines, et les pratiques qu'ils ont inventées pour y parvenir, leur donnent une visibilité sociale de mouvements guérisseurs. Nous pourrions citer comme exemples : l'antoinisme, l'Église de la Science chrétienne, l'Église de la Scientologie, Invitation à la Vie (15), les groupes de prière de Maguy Lebrun, l'Alliance universelle (disciples de Georges Roux), le cercle des Amis de Bruno Gröning pour ne citer que les plus connus en France, pays où nous les avons étudiés.

À côté de ces mouvements organisés, nous trouvons des groupes qui appartiennent au Nouvel Âge que Jean Séguy nomme «les réseaux sapienoznostiques» et, selon certains chercheurs, au post-Nouvel Âge. Certains proposent une voie thérapeutique qui est leur raison d'exister. Martin Geofroy inclut les Églises de guérison dans le Nouvel Âge (16), sans doute parce qu'elles peuvent être considérées par des «nomades de la spiritualité» comme des propositions offertes qu'ils peuvent fréquenter pendant un temps, et peut-être s'y fixer après un périple dans diverses propositions. Les analyses de Valérie Rocchi (17) et de Nadia Garnoussi (18) sont très prudentes sur leur caractère religieux, sacré ou spirituel. Il est vrai que l'on rattache parfois au Nouvel Âge des thérapies psychologiques purement laïques. Toutefois, les études empiriques de ces chercheurs ont été faites en France où, par souci d'éviter d'être désignés comme des gourous de sectes, les leaders édulcoraient leurs soubassements religieux ou gnostiques de leur pratique. Les auteurs

## Les Églises de guérison

Les Églises de guérison ou encore religions à vocation thérapeutique, sont connues aussi sous le nom de *Healing Churches*<sup>1</sup> (1). Les Églises de guérison possèdent des caractéristiques communes et c'est en fonction de celles-ci que l'on peut en faire une catégorie à part dans le champ religieux. Toutes ces caractéristiques ne peuvent être énumérées mais on peut en évoquer quelques-unes.

- Ces Églises disposent de thérapeutes religieux accrédités par leur mouvement (praticiens en Science chrétienne, harmoniseurs à Invitation à la vie, auditeurs-révérands en Scientologie, etc.) qui sont les pièces maîtresses de leur communauté.
- Elles ne se limitent pas à l'opération de guérison mais elles préconisent une ascèse préventive. En effet, s'il est bien de guérir grâce à un traitement spirituel, il est préférable de ne pas tomber malade. On trouve donc des conseils d'hygiène alimentaire mais aussi, comme en Scientologie, un usage de vitamines et de sels minéraux destiné à renforcer l'individu face à la maladie pour réaliser une sorte de «blindage», en prescrivant notamment des adjuvants des défenses naturelles en médecine.
- Ces religions ont élaboré des doctrines ou revisité des doctrines (comme la Science chrétienne qui revisite les Écritures pour nier la réalité du mal et donc de la maladie dans la création), afin de légitimer les traitements spirituels qu'ils offrent.
- Ces doctrines proposent un salut immédiat et ici-bas, qui s'exprime par le bien-être et le bonheur. Elles n'en sont pas moins des doctrines de salut classiques *post-mortem* (salut ontologique). La maladie et son traitement spirituel peuvent être une étape dans la voie du salut car elles engagent parfois la personne dans un cheminement spirituel (2). Toutefois, les Églises de guérison n'atteignent pas toujours ce but puisqu'elles s'adres-

sent aussi à des consultants occasionnels qui tentent de retirer des bienfaits mais qui n'adhèrent jamais à la communauté de croyants.

- Ces Églises ont une conception extensive de la maladie. La maladie n'est pas la seule réalité biomédicale, elle peut être psychique mais c'est aussi toute forme de détresse sociale ou toute infortune.
- Elles élaborent des modes de gestion de l'échec du traitement spirituel.
- Elles ont établi un *modus vivendi* avec la médecine conventionnelle. Elles n'interdisent pas de consulter les médecins, elles proposent parfois même de prier pour que l'on trouve un bon médecin ou que le médecin du consultant soit «inspiré» (= fasse le bon diagnostic). Toutefois, les scientifiques chrétiens peuvent totalement refuser la médecine et s'en remettre au traitement spirituel de leurs praticiens. La Scientologie lutte contre la psychiatrie car, dans ses vues, celle-ci ne respecte pas la dignité de l'individu et s'attaque aux «fausses causes». Elle a ainsi rejoint le courant de l'antipsychiatrie d'origine libertaire.

R. D.

1. Bien que le mot Église ne corresponde pas dans ce cas à la définition sociologique de l'Église qui est donnée chez Troeltsch et Weber selon une dichotomie Église/sectes. Dans les faits, ce que nous nommons «religions de guérison» comportent des églises, des sectes, des «cults» et des groupes métaphysiques.

(1) Dericquebourg R. *Religions de guérison*. Paris : Cerf, 1988. Dericquebourg R. *La construction d'un objet de recherche : les religions de guérison*. Synthèse de travaux présentés pour l'habilitation à diriger des recherches, Université Paris V, June 1999.

(2) Dericquebourg R. La question du salut dans les religions de guérison. In : Dericquebourg D. (éd.). *Points de vue sur la thérapie religieuse*. Cahier de la Maison de la Recherche, Université Charles-de-Gaulle-Lille 3, 1999 : p. 41-51.

avouent leur embarras à employer le qualificatif «religieux» à cause de la difficulté à définir la religion en sociologie, *a fortiori* quand on a affaire à des références à des éléments de tradition religieuse, des *credo* de groupes métaphysiques ou gnostiques. Pour cette raison, ces mouvements, que l'on peut appeler des cultes, relèvent de ce que Adam Possamaï (19) appelle le «perenism» (terme anglais), c'est-à-dire «*a spirituality which interprets the world as Monistic and whose actors are attempting to develop their Human Potential Ethic by seeking Spiritual Knowledge, mainly that of the self*» (NDLR: «*une approche de la religion fondée sur une interprétation du monde comme relevant d'un seul principe réunissant l'esprit et la matière, et dont les valeurs reposent essentiellement sur la recherche de la connaissance spirituelle de soi.*»)

En comparant ces mouvements situés à l'intersection du religieux et du thérapeutique, nous constatons, d'une part, qu'ils possèdent suffisamment de caractéristiques communes et, d'autre part, qu'ils se distinguent suffisamment des types de mouvements comme les sectes millénaristes, les sectes conversionnistes ou encore les sectes introverties selon la classification des sectes établies par Bryan Wilson (20) pour qu'on y repère un sous-ensemble spécifique du champ religieux que j'ai appelé religions de guérison (*voir encadré ci-contre*).

### Les causes du recours à la thérapie religieuse des maladies

On peut s'étonner qu'en Occident, où une médecine officielle s'est imposée au plus grand nombre grâce à un système de protection sociale public ou privé, ces Églises continuent d'exister même de façon minoritaire. Les succès de la médecine biologique et de la chirurgie, présentés dans des émissions médicales, nous stupéfient parfois mais il n'en demeure pas moins que l'issue du traitement d'un cancer est incertaine et que sa «guérison» risque de n'être qu'un sursis, ou qu'une dépression reste une énigme pour la personne qui en est atteinte, même si elle «répond» aux antidépresseurs. L'incertitude qui entoure les résultats d'un traitement peut conduire un patient à chercher une chance supplémentaire de guéri-



son dans une autre dimension que la médecine. Les témoignages anciens de guérison et de recours à la prière de guérison évoquent parfois la tuberculose à l'époque où les antibiotiques n'existaient pas. L'issue d'une tuberculose était incertaine. Certains allaient donc chercher la guérison auprès d'un guérisseur empirique ou d'un thérapeute spirituel en plus des précautions d'hygiène.

Toutefois, tous les malades «incertains» ne recourent pas à des thérapies spirituelles. Il y faut une prédisposition psychologique qui peut avoir pour origine une croyance familiale (socialisation religieuse susceptible de légitimer une démarche vers un traitement spirituel) ou sans appartenance religieuse, parfois un événement familial (on se souvient qu'un oncle a été autrefois guéri par la spiritualité, du moins cela circule dans la famille). Il existe aussi sans doute des variables individuelles qui créent, selon l'expression freudienne, «l'attente croyante» préalable à la demande de soins spirituels.

Il existe aussi un terrain culturel. Une enquête que nous avons réalisée dans une population d'étudiants français (21) montre qu'une proposition comme: «*Il peut encore exister des miracles de guérison à notre époque*» est approuvée par

44,7 % des croyants et, paradoxalement, 50 % des incroyants. La proposition: «*On ne peut pas refuser complètement l'hypothèse de la guérison par la prière*» est approuvée par 74,5 % des croyants et par 50 % des incroyants. On note que 85 % des croyants et 83 % des incroyants approuvent la proposition selon laquelle «*Quand la médecine ne peut guérir une personne, il est normal que celle-ci recherche la guérison par la prière*». Cet aperçu de l'enquête confirme qu'il existe une prédisposition culturelle, une idéologie, qui autorisent le recours aux thérapies spirituelles des maladies.

Cette prédisposition s'articule à plusieurs éléments d'ordre psychologique.

### La recherche du sens

La maladie grave ou l'infirmité renvoient à la question: «*Pourquoi moi?*». Toutes les maladies ne sont pas la conséquence d'abus qui sont des causes avérées des troubles biologiques graves. Alors se pose la question du sens. Les doctrines des Églises de guérison, et parfois d'autres types de confession, permettent d'inscrire la maladie dans une histoire à la fois humaine et surnaturelle: «*Par la maladie, Dieu se rappelle à moi et m'invite à me rapprocher de lui*»; «*La maladie*

me permet de racheter des fautes commises dans des vies antérieures» ou «La maladie est le résultat mécanique de traumatismes subis dans la vie présente ou dans des vies antérieures enregistrés et agissant inconsciemment.» Finalement, la maladie s'inscrit dans un processus qui dépasse le malade mais qui le concerne.

### Mobilisation des ressources

Dans nos enquêtes et nos observations, nous nous sommes aperçu que les consultants des thérapeutes spirituels consultent les médecins certainement dans les mêmes proportions que les autres personnes de leur milieu. Des prières de guérison accompagnent les traitements classiques du cancer. Elles accompagnent aussi des interrogations de type : «*Mon médecin ne comprend pas*». Il s'agit peut-être dans ce cas de maladies non fréquentes ou peu typifiées. Nous avons vu aussi dans des réunions évangéliques et dans des consultations antoinistes les gens prier pour que le médecin du malade soit éclairé par Dieu pour faire un diagnostic exact et pour trouver le meilleur traitement. Dans les réunions de guérison évangéliques, il arrive fréquem-

ment qu'à l'approche d'une opération chirurgicale, les fidèles demandent que la main du chirurgien soit guidée par Dieu. Nous sommes dans l'esprit de la formule d'Ambroise Paré : «*Je le pense, Dieu le guérit*» car en fin de compte, pour les consultants, c'est toujours le surnaturel qui guérit même si un médecin ou un chirurgien intervient. Nous retrouvons ici le conflit qui a opposé l'Église chrétienne aux médecins qui furent considérés comme des concurrents inadmissibles de Dieu qui seul pouvait guérir les gens. La question étant par la suite résolue en considérant que les médecins étaient des instruments de Dieu. Il est inutile d'ajouter des exemples. Nous avons interprété le recours à des thérapeutes religieux, aux pèlerinages, aux saints guérisseurs en termes de mobilisation des ressources. Certaines personnes feraient des démarches annexes à un traitement pour se donner plus de chances de guérir ou parce qu'un doute sur les capacités des médecins à les guérir existe, de la même manière que certains vont acheter en Belgique ou au Luxembourg des plantes africaines dont l'usage est interdit en France pour traiter une sclérose en plaque ou un

cancer en plus d'un traitement médical. Les oncologues le savent.

Enfin, le recours à la thérapie religieuse pose un intéressant problème de psychologie. En effet, les thérapies religieuses n'ont pas de résultats supérieurs à un effet placebo mais on continue cependant à y recourir. On trouve là un cas singulier d'emprise d'une croyance sur les conduites en dépit de l'absence de résultats empiriques ou d'une très faible chance d'en avoir. Cela ne concerne pas uniquement la religion. Le psychologue y trouve matière à enquêter.

### Régis Dericquebourg

Maître de conférence en psychologie sociale,  
Université Charles-de-Gaulle, Lille.  
Membre du groupe de sociologie des religions et de la laïcité au CNRS.

1. En ces termes : «Dans le sacrement de l'onction, il y a une force qui développe le courage et la capacité de résistance du malade...» (Jean-Paul II, 1998).

### Pour en savoir plus

<http://www.regis-dericquebourg.com>

## ► Références bibliographiques

- (1) Levy J. J. *Entretiens avec Jean Benoist. Entre les corps et les Dieux. Itinéraires anthropologiques*. Montréal : Liber, coll. de vive voix, 2000 : p. 193.
- (2) Kakar S. *Chamans, mystiques et médecins. Enquête psychologique sur les traditions thérapeutiques de l'Inde*. Paris : Seuil, 1997 : 371 p.
- (3) Battùta I. *Voyages (1347)*. Paris : Maspero, 1982 : 480 p.
- (4) Bertrand D. La construction du pouvoir de guérison chez les médiums cambodgiens. In : Dericquebourg R. (éd.). *Points de vue sur la thérapie religieuse*. Cahier de la Maison de la Recherche, Université Charles-de-Gaulle-Lille 3, 1999 : p. 29-33.
- (5) Harman W. La férocité de la déesse-mère guérisseuse. In : Dericquebourg R. (éd.). *Points de vue sur la thérapie religieuse*. Cahier de la Maison de la Recherche, Université Charles-de-Gaulle-Lille 3, 1999 : p. 67-71.
- (6) Laurentin R. *Pentecôtisme chez les catholiques. Risques et avenir*. Paris : Beauchesne, 1974 : 264 p.
- (7) MacNutt F. *Healing*. Notre Dame (Indiana, États-unis) : Ave Maria Press, 1974 : 333 p.
- (8) MacNutt F. *The Power to Heal*. Notre Dame (Indiana, États-Unis) : Ave Maria Press, 1977 : 254 p.
- (9) Csordas T.J. *The Sacred Self. A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1997.
- (10) McGuire M.B. *Pentecostal Catholics: Power, Charisma and Order in a Religious Movement*. Philadelphia : Temple University Press, 1982 : 270 p.
- (11) Cox H. *Le retour de Dieu*. Paris : Desclée De Brouwer, 1995 : 290 p.
- (12) Hourmant L. Existe-t-il une spécificité des religions de guérison en contexte japonais ? In : Dericquebourg R. (éd.). *Points de vue sur la thérapie religieuse*. Lille : Presses universitaires de Lille, coll. Workshop, 1999 : p. 73-82.
- (13) Oosthuizen G. C. *The Healer-prophet in Afro-Christian Churches*. Leiden : E.J. Brill, 1992.
- (14) Laurant J.-P. Les thérapies religieuses, ésotérisme et guérison. In : *Points de vue sur la thérapie religieuse*. Lille : Presses universitaires de Lille, coll. Workshop, 1999 : p. 83-86.
- (15) Se reporter à trois ouvrages de Dericquebourg R. : *L'Antoinisme*. Paris : Turnhout, Brepols, 1993 ; *La Christian Science*. Turin : Elle-dici, 1999 ; *Croire et Guérir*. Paris : Dervy, 2001.
- (16) Geoffroy M. Pour une typologie du Nouvel Âge. *Cahiers de recherche sociologique*, 1999, n° 33 : p. 51-83.
- (17) Rocchi V. De nouvelles formes du religieux ? Entre quête de bien-être et logique protestataire : le cas des groupes post-Nouvel Âge en France. *Social Compass*, 2003, vol. 50, n° 2 : p. 175-189.
- (18) Garnoussi N. Le développement de nouvelles ressources de sens «psycho-philosophiques», dérégulation des savoirs et nouvelle offre idéologique. *Social Compass*, 2005, vol. 52, n° 2 : p. 197-210.
- (19) Possamai A. Not The New Age Perennism and Spiritual Knowledges. *Australian Religion Studies Review*, 2001, vol. 14, n° 1 : p. 82-96.
- (20) Wilson B. *Les sectes religieuses*. Paris : Hachette, coll. L'Univers des connaissances, 1970 : 256 p.
- (21) Dericquebourg R. Comment les thérapies religieuses sont-elles plausibles ? *Politica Hermetica*, 2004, n° 18 (Esotérisme et religion) : p. 11-25.



# Religion et santé : une quête de sens

**Exister, mais pourquoi? Face à la quête éperdue de sens à laquelle est confronté l'homme, déjà les philosophes grecs soulignaient que se mettre en danger permet de donner sens et valeur à son existence. Alors l'être humain, depuis tout aussi longtemps, se tourne vers les « systèmes de sens » que propose chaque culture : la religion peut être l'une des expressions essentielles pour que les humains puissent tenir debout face à l'abîme de l'exister. Jean-Bernard Paturet, professeur et directeur de recherche (esthétique et éducation en psychanalyse), analyse cette quête de sens en revisitant les grands philosophes dont Nietzsche.**

«*La santé*», proclame le préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé en 1946, «*est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*» À compter de cette définition, le rêve d'une santé parfaite dont la réalisation est, bien entendu, impossible, a été interprété comme un droit à la recherche de satisfaction des besoins fondamentaux (affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux, culturels) sans doute sur le modèle de la fameuse pyramide de Maslow construite sur cinq niveaux de besoins: besoins physiologiques, sécurité, amour et appartenance à un groupe, estime des autres et accomplissement personnel. Selon l'auteur, nous recherchons d'abord à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de penser à ceux situés au niveau immédiatement supérieur de la pyramide. La santé parfaite serait donc le moment où ce dernier niveau d'accomplissement personnel est atteint.

Mais la santé ne saurait être définie uniquement par la satisfaction des besoins et encore moins selon la hiérarchie de Maslow: le témoignage des camps, l'expérience des comportements ordaliques chez certains adolescents, les conduites à risque, les sports extrêmes, ou, à l'inverse, les états dépressifs propres à nos sociétés sursaturées de biens, semblent invalider ce modèle car dans toutes ces expériences «voulues» ou imposées, seule la quête

du sens de l'existence peut permettre de comprendre la résistance à l'extermination, la mise en jeu de sa vie ou encore le malaise de la saturation qui tue le désir. Car l'homme est un «vivant existant» capable de s'extérioriser lui-même pour se regarder vivre et agir et pour donner du sens à sa vie (existence: *ex*: hors de soi, *sistere*: se tenir). Exister serait donc l'expérience primordiale de l'être parlant comme production de sens individuel et collectif. Comme l'écrit Robert Anthelme dans *L'espèce humaine* commentée par Maurice Blanchot, l'humain est un vivant comme tous les autres mammifères mais particulier parce qu'il est un «vivant existant» cherchant à répondre à la question du «pourquoi» de son être au monde. Cette distinction introduite entre «existence», d'une part, et «vie», de l'autre, est fondamentale car la confusion entre les deux entraînerait, selon Michel Foucault ou Giorgio Agamben, l'engagement dans la trajectoire du biopouvoir où l'homme est réduit à son «bios», à la «vie nue», prélude à l'organisation d'un univers concentrationnaire autant

dans les sociétés totalitaires que dans les sociétés démocratiques<sup>1</sup>.

Certes, pour «exister», il faut être «vivant» mais entre les deux s'ouvre un abîme: celui du sens. L'humain est confronté sans cesse à la question de savoir si sa vie vaut d'être vécue. Question lancinante, jamais saturée et sans





réponse définitive, qui s'éprouve souvent dans des prises de risque. Les philosophes grecs avaient déjà montré l'intérêt existentiel du « jeu des contraires » car le jour ne saurait s'éprouver que grâce à la nuit et la vie grâce à la mort... Du mot roman *rixicare*, lui-même élargissement du latin classique *rixare*, « risque » signifie se quereller, se battre. Ce terme renvoie à l'idée de danger, à l'insécurité et à la lutte. Simone Weil, la philosophe, engagée volontaire sur le terrain de la guerre d'Espagne, résistante à Londres, soulignait déjà l'importance de cette nécessaire exposition au feu et à la nudité de l'événement : « *Le risque est un besoin essentiel de l'âme. L'absence de risque suscite une espèce d'ennui qui paralyse autrement que la peur, mais presque autant.* » La prise de risque sert à s'administrer la preuve du sens et de la valeur de sa propre existence. On parle actuellement de « risque zéro », de « populations à risque » et le monde de l'assurance, comme de la santé, cherche à contrôler, à calculer « l'aléa anticipable » pour prévenir la « mort prématurée », la « mort évitable » avant 60 ans, et les « APVP », c'est-à-dire « les années potentielles de vie perdue »...

Pas étonnant alors que l'humain se tourne vers les « grands récits totalisants » comme dit Lyotard, ou vers les « dogmatiques anthropologiques » dans le vocabulaire de Pierre Legendre,

c'est-à-dire vers les systèmes de sens que propose chaque culture : la religion en est une des expressions essentielles pour que les humains puissent tenir debout face à l'abîme de l'exister, au « non sens » du monde en lui-même et à la puissance de la nature. Probablement parce qu'il a été confronté, depuis l'aube de l'humanité, à cette surpuissance qui lui est apparue d'emblée comme menaçante et terrifiante, parce qu'il rencontre l'angoisse du « pourquoi » de l'effroi du monde, l'humain a besoin de protection, de consolation et de compréhension. La science ne peut y répondre. Pas plus que les hommes préhistoriques, l'homme « postmoderne » ne s'est d'ailleurs rendu « *comme maître et possesseur de la nature* »<sup>2</sup>. Cette dernière demeure toujours un espace imaginaire de « sauvagerie »<sup>3</sup>. On pense ici à l'univers indompté des forêts ou des marais, aux bêtes fauves, aux tremblements de terre, aux violentes inondations, à la foudre et aux éléments déchaînés<sup>4</sup>, à la mort mais aussi à l'homme lui-même, à sa violence, à l'énigme que représente autrui, celle de la femme, du sang des règles et des naissances. L'homme moderne, face à cette surpuissance non maîtrisable de la nature, n'est pas en reste si l'on en « croit » un certain nombre de films qui traduisent cette angoisse endogène face à des forces qui lui échappent<sup>5</sup>. Aussi, la réponse à la surpuissance de la nature et à sa sauvagerie,

à l'absence de sens, aurait été la croyance en des forces célestes ou divines, qui auraient le pouvoir de les maîtriser et de les utiliser plus ou moins arbitrairement pour ou contre les humains, la fabrique et la croyance en des dieux, seuls capables de rassurer et de protéger l'homme, moyennant cependant soumission, obéissance ou sacrifice.

Dans le monde contemporain, malgré les promesses et les prouesses des sciences et les réussites des techniques pour beaucoup d'entre elles, remarquables, l'énigme de l'univers et de l'homme reste entière et l'on a coutume de dire que, si la science décrit les phénomènes de la nature et bientôt de la vie, si elle explique la marche du cosmos dont les instruments modernes d'observation montrent la diaprure infinie, elle ne répond jamais à la question du sens de l'existence, du sens du monde, ni à cette interrogation fondamentale qu'en son temps posait Leibniz : « *Pourquoi y a-t-il quelque chose plutôt que rien ?* »<sup>6</sup> Le sens s'élabore ailleurs dans le vertige du risque, de l'incertitude et sur fond de « non sens » auquel les « *grandes dogmatiques anthropologiques* » que sont les religions tentent de répondre le plus souvent par des illusions rassurantes vers leurs adeptes en les inscrivant dans le rêve d'accomplissement de valeurs sécurisantes d'une santé molle où l'obsessionnalité du rite assure consolation et apaisement.

La santé définie par l'OMS comme visée absolue de la vie peut-elle se substituer en « lieu tenant » du sens ? Pour certains, la réponse est oui puisque l'on parle de « bioreligion » c'est-à-dire d'une utopie de la santé parfaite, comme téléologie ultime de la vie... qui, s'appuyant sur la science comme vérité dogmatique, impose des règles de conduite strictes et aussi draconiennes qu'une morale religieuse avec ses temps de mortification, de purification, de jeûne et d'ascèse. Les religions reposent sur le même principe puisqu'elles encadrent de manière rigoureuse les comportements de santé en distinguant « sacré et profane », « totem et tabous », « permis et défendu », « bien et mal » et « bon et mauvais ». Dans leur souci de contrôle des âmes et des corps, elles définissent notre rapport au monde, à l'alimentaire, aux subs-

tances psychotropes, à l'alcool, au corps, à la sexualité et viennent ainsi faire limite au pulsionnel et au désir par l'obligation de maîtrise de soi comme principe moral fondamental, comme le montre par exemple le Carême ou le Ramadan.

Mais si les religions créatrices du sens de l'existence organisent, en grande partie, la santé et, au nom de Dieu ou des dieux, l'hygiène collective et privée en s'appuyant souvent sur la menace de « l'au-delà », la science, en cherchant à se débarrasser de l'obscurantisme religieux, ne risque-t-elle pas de fabriquer une « santé triste », « petite bourgeoise », centrée sur l'angoisse du risque, l'obsession du souci de soi, la dénégation de la mort<sup>7</sup>, le contrôle total de son rapport à l'autre et au monde, plaçant ainsi l'être déchiré et tragique, l'être « ubrique » et excessif, l'être de désir qu'est l'être humain, au rang d'un simple « bios » c'est-à-dire d'un vivant élémentaire, sous contrôle d'une biopolitique d'État? Les politiques de santé publique, au nom d'un humanisme fallacieux, n'ont-elles pas limité l'homme à son « bios »? Elles l'ont réduit à vivre un bonheur sans excès et sans désir, tentant désespérément de sortir l'humain de sa condition tragique : non seulement un bonheur à sa mesure, c'est-à-dire un divertissement nauséux dont les médias se font le relais, mais un bonheur comme mesure de toutes choses. L'appel aux psychologues pour donner réconfort et répondre à l'angoisse de la mort, de la souffrance, n'est-ce pas une manière d'éviter cette question du sens dont la religion est porteuse? L'humain ne sait plus vivre parce qu'il a peur de mourir et parce qu'il ne peut plus concevoir autre chose de plus grand que lui. Devenu « trop humain », l'homme moderne se rétrécit à la satisfaction de petits bonheurs immédiats par de petites doses de plaisirs conformes à celles du grand troupeau soumis des consommateurs...

Nietzsche, au contraire, oppose à cette « petite » santé qui, selon nous, est celle définie par l'OMS, « la grande santé ». Passant par des chemins escarpés, la grande santé se refuse à la facilité des croyances, elle récuse les « arrière-mondes » (sans Dieu ni au-delà), la médiocrité de la morale, le chant des sirènes des religions et

accepte la dure réalité du tragique des apparences et de l'existence. La grande santé est oubli de soi, elle ne craint ni la souffrance, ni la mort, ni le temps qui passe. Elle se caractérise par la prise de risque et une vitalité particulière dans le jaillissement de l'action comme de la pensée. Nietzsche écrira : « J'ai retrouvé le chemin de ce pessimisme intrépide qui est le contraire de toutes les habiletés idéalistes. »<sup>8</sup> Sans doute est-ce cet appel nietzschéen qu'il nous faut aujourd'hui entendre...

Jean-Bernard Paturet

Professeur des universités, philosophe, directeur de l'équipe de recherche Esthétique et éducation en psychanalyse, Université de Montpellier III.

1. Giorgio Agamben, *Homo Sacer*. Le pouvoir souverain et la vie nue, *Seuil*, 1997. « Et c'est seulement parce que la vie biologique et ses besoins sont devenus partout le fait politiquement décisif que l'on peut comprendre la rapidité, autrement inexplicable, avec laquelle les démocraties parlementaires se sont transformées, au cours de notre siècle, en des États totalitaires, et les États totalitaires se convertissent aujourd'hui presque sans solution de continuité en des démocraties parlementaires », p. 132.
2. Descartes. Discours de la méthode. *Paris: Classiques Garnier*, 1963, *Tome premier*: p. 634.
3. *Le mot latin sylvaticus qui vient de sylva, la forêt, a donné le terme français «sauvage».*
4. Zeus, par la puissance de la foudre, règne en maître sur l'Olympe. *La Bible témoigne d'un Dieu Terrible et jaloux, Tout Puissant et Vengeur. Dans l'Église chrétienne, Dieu est nommé « Père tout puissant » dans le Symbole des Apôtres ou Symbole de Nicée (Concile de Nicée 325 après. J.C.)*
5. *Par exemple*: La rivière sauvage, Le projet Blair Witch, Seul au monde ou encore le livre de François Terrasson, La peur de la nature (*Paris: Sang de la terre*, 1988).
6. Leibniz (1714). Principes de la nature et de la grâce fondée en raison. *Paris: Puf Epiméthée*, 1986, 5<sup>e</sup> édition. « Pourquoi y a-t-il quelque chose plutôt que rien? Car le rien est plus simple et plus facile que quelque chose. Donc supposé que les choses doivent exister, il faut qu'on puisse rendre raison du pourquoi elles doivent exister ainsi et non autrement. » *Septième principe.*
7. Voir Lucien Sfez, La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie. *Paris: Seuil*, 1994.
8. Nietzsche (1889). Ecce Homo Nietzsche contre Wagner, § 2.

Jean-Bernard Paturet est l'auteur d'un ouvrage paru sur le même thème : *Incroyables religions. Une lecture psychanalytique du phénomène religieux*. Paris : éditions du Cerf, 2008 : 108 p. Il est l'auteur avec Philippe Lecorps de l'ouvrage *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*. Rennes : EHESP, 2000 : 186 p.

# équilibrés

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

numéro 09 | avril 2010

## équilibrés

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

**Partager**  
L'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé est un enjeu de société. Elle concerne tous les acteurs de la santé publique et de l'éducation. Cette lettre d'information vous propose un aperçu de ce qui se fait dans ce domaine.

**ÉVÉNEMENT** Troubles de l'apprentissage : un guide à l'usage des parents  
L'apprentissage de la lecture est un défi pour de nombreux enfants. Cette lettre vous propose un guide pour aider vos enfants à surmonter ces difficultés.

**Réguler le trouble**  
Les troubles de l'apprentissage sont des difficultés de lecture, d'écriture ou de calcul. Ils peuvent être régularisés par des exercices adaptés.

**Accompagner l'enfant**  
L'accompagnement des enfants avec des troubles de l'apprentissage est essentiel. Il implique une collaboration étroite entre les parents, les enseignants et les professionnels de la santé.

**Informez les professionnels**  
Il est important de sensibiliser les professionnels de la santé et de l'éducation aux troubles de l'apprentissage.

**THÈME** Des courts métrages pour prévenir l'homophobie  
L'homophobie est une peur irrationnelle des personnes de même sexe. Cette lettre propose des courts métrages pour lutter contre ce préjugé.

**Abonnez-vous gratuitement !**  
[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Institut national d'éducation pour la santé

# La religion dans l'expérience du VIH-sida

**L'ANRS a enquêté auprès de trente-huit personnes atteintes du VIH-sida et qui s'inscrivent dans une démarche religieuse ou spirituelle. L'enquête a permis d'interroger le sens de la maladie, l'intégration sociale, les rapports à l'institution médicale. Les résultats sont extrêmement nuancés. La religion joue un rôle important. Ainsi par exemple, l'intégration au sein d'un groupe religieux peut rompre la solitude et faciliter l'intégration sociale. La religion peut aussi générer un sentiment d'exclusion lié à la culpabilité, comme l'explique la socio-anthropologue Anne-Cécile Bégot.**



Dans le cadre d'une étude réalisée pour le compte de l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), une enquête<sup>1</sup> a été menée auprès de personnes touchées par le VIH/sida et qui s'inscrivent dans une démarche religieuse ou spirituelle<sup>2</sup>. Ce texte s'intéressera au rôle joué par la religion/spiritualité auprès de ces personnes à partir de trois aspects: le sens de la maladie, l'intégration sociale et les rapports à l'institution médicale.

## Le sens de la maladie

L'analyse des entretiens indique la présence de deux types d'explication de la maladie: dans le premier, l'individu se considère comme responsable de sa maladie (cause interne) et ce, en raison de son comportement. Dans le second, l'individu envisage la cause du VIH comme étant externe à lui<sup>3</sup>. Ainsi, certaines personnes considèrent qu'elles ont été contaminées au VIH parce qu'on leur a jeté un sort. La sorcellerie intervient comme élément

explicatif de la maladie dès lors que l'individu vit une série de malheurs qu'il ne peut s'expliquer (1). Alors que le premier type d'explication est fortement culpabilisant, le second tend à disculper l'individu de toute responsabilité. Par ailleurs, ces deux types peuvent coexister chez une même personne.

Les modes d'explication de la maladie, appuyés ou fournis par la religion, donnent un sens à une expérience difficile à vivre et répondent à des questions existentielles (pourquoi moi, pourquoi maintenant...).

## L'intégration sociale

L'engagement religieux participe à l'intégration sociale des individus. Cette dimension apparaît de manière prégnante pour les personnes originaires d'un pays de l'Afrique sub-saharienne. Pour la plupart d'entre elles, venues en France pour des raisons économiques, l'annonce de leur séropositivité au VIH remet en cause leur projet migratoire;

elles n'ont cependant pas d'autre choix que de rester en France pour se faire soigner. Ces personnes vivent dans des conditions précaires et sont souvent isolées car elles ont laissé leur famille au pays: enfants, conjoint, etc. L'intégration au sein d'un groupe religieux leur permet de sortir de la solitude et celui-ci, à la différence des associations de malades, offre une voie de salut.

Il faut cependant relativiser le rôle intégrateur de la religion dans la mesure où certaines personnes fréquentent peu les lieux de culte et vivent dans le secret et la honte de leur séropositivité. Généralement, les religions ne condamnent pas les hommes mais leurs pratiques (illicites). Un sentiment de culpabilité peut alors apparaître et paralyser des velléités de sociabilité.

## Le rapport à l'institution médicale

Il existe un lien entre autorité religieuse et autorité médicale dans le sens où le respect des prescriptions religieuses va souvent de pair avec celui des prescriptions médicales (2). Ainsi, tendancielle, dans le cadre de l'étude ANRS, on pourrait observer que des personnes appartenant au catholicisme ou à l'islam sont plus observantes (respect des prescriptions thérapeutiques) que celles s'inscrivant dans le protestantisme, notamment les pentecôtistes, ou celles relevant de la mouvance du Nouvel Âge. Ce rapport à l'autorité doit cependant être nuancé pour au moins trois raisons. La première concerne les différentes formes

d'adhésion à une religion; ainsi, certains catholiques peuvent avoir un rapport nuancé et critique à l'égard de l'autorité. La seconde est liée à l'appartenance religieuse qui peut être plurielle: dès lors, à quelle autorité se soumet le croyant? La dernière est à rattacher au parcours religieux: en devenant une pathologie chronique, le sida accompagne le cheminement spirituel de la personne qui peut évoluer d'une religion à l'autre et donc d'une forme d'autorité à l'autre.

En conclusion, on soulignera le rôle joué par la religion auprès de personnes touchées par le VIH/sida (sens de la maladie, intégration sociale, attestation/protestation de l'autorité médicale), tout en soulignant qu'un sentiment d'exclusion, lié à la culpabilité, peut exister.

Anne-Cécile Bégot

Socio-anthropologue

Enseignante à l'Université de Paris XII-Créteil,  
membre du groupe Sociétés,  
religions, laïcité.

1. Cette enquête a été réalisée en 2000-2002 auprès de trente-huit personnes qui ont été interviewées selon la méthode de l'entretien semi-directif. En ce qui concerne leur engagement religieux, on trouve la répartition suivante: vingt personnes se trouvent dans la mouvance chrétienne (dix catholiques, six protestants, un orthodoxe, un témoin de Jéhovah et deux appartiennent au groupe Invitation à la vie, IVD), trois sont musulmanes, quatre sont bouddhistes, dix sont dans la mouvance du Nouvel Âge et une autre est agnostique.

2. Les termes «démarche spirituelle» permettent d'appréhender le religieux dans sa dimension interne, expérientielle, et ce par opposition à ses formes établies et institutionnelles, tandis que la «démarche religieuse» qualifie les personnes se trouvant dans une relation plus traditionnelle au religieux. R. Campiche: «Entre l'exemple et l'expérience: de la transmission par la famille d'une tradition à celle d'un éthos religieux». Figures des Dieux. Rites et mouvements religieux. Hommage à Jean Rémy. Paris-Bruxelles: De Boeck, coll. Ouvertures sociologiques, 1996.

3. En anthropologie médicale, il est question de modèles étiologiques endogènes et exogènes.

## ► Références bibliographiques

(1) Zempléni A. La «maladie» et ses «causes». Introduction. *L'ethnographie. Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures*; 1985-2 et 3; n°s 96-97: p. 17.

(2) Fainzang S. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: Puf, coll. Ethnologies Controverses, 2001: 156 p.

# La prise en compte des croyances dans les modèles d'éducation pour la santé nord-américains

**Prendre en compte les modèles sous-jacents aux croyances religieuses peut permettre de mieux comprendre les conduites des personnes en matière de santé et aider à travailler avec ces personnes pour modifier leurs conduites. Tel est l'un des constats dressés par le sociologue Bernard Goudet qui, pour ce faire, a analysé la prise en compte des croyances dans l'éducation pour la santé aux États-Unis. Dans la société américaine, le registre des croyances est en effet mobilisé pour influencer les comportements.**

Pendant les années 1970, dans le domaine de la santé, se développent en France de grandes campagnes de prévention. Elles sont basées sur un double postulat rationaliste et individualiste selon lequel une information validée scientifiquement et bien délivrée selon les techniques de la communication de masse doit permettre à chacun d'accéder à des connaissances exactes sur ce qui est favorable et défavorable à la santé, de structurer des attitudes adéquates et de commander des comportements pertinents.

À la même époque, en Amérique du Nord, des approches psychosociales visant le changement des comportements de consommation sont appliquées au champ de la santé et mises en œuvre auprès de groupes ciblés. Au rationalisme administratif et individualiste français s'oppose un pragmatisme raisonnable et communautaire intégrant l'influence des croyances sur les comportements. Inutile de rappeler que cette deuxième approche sera plus efficace que la première et s'imposera au niveau international dans les années quatre-vingt.

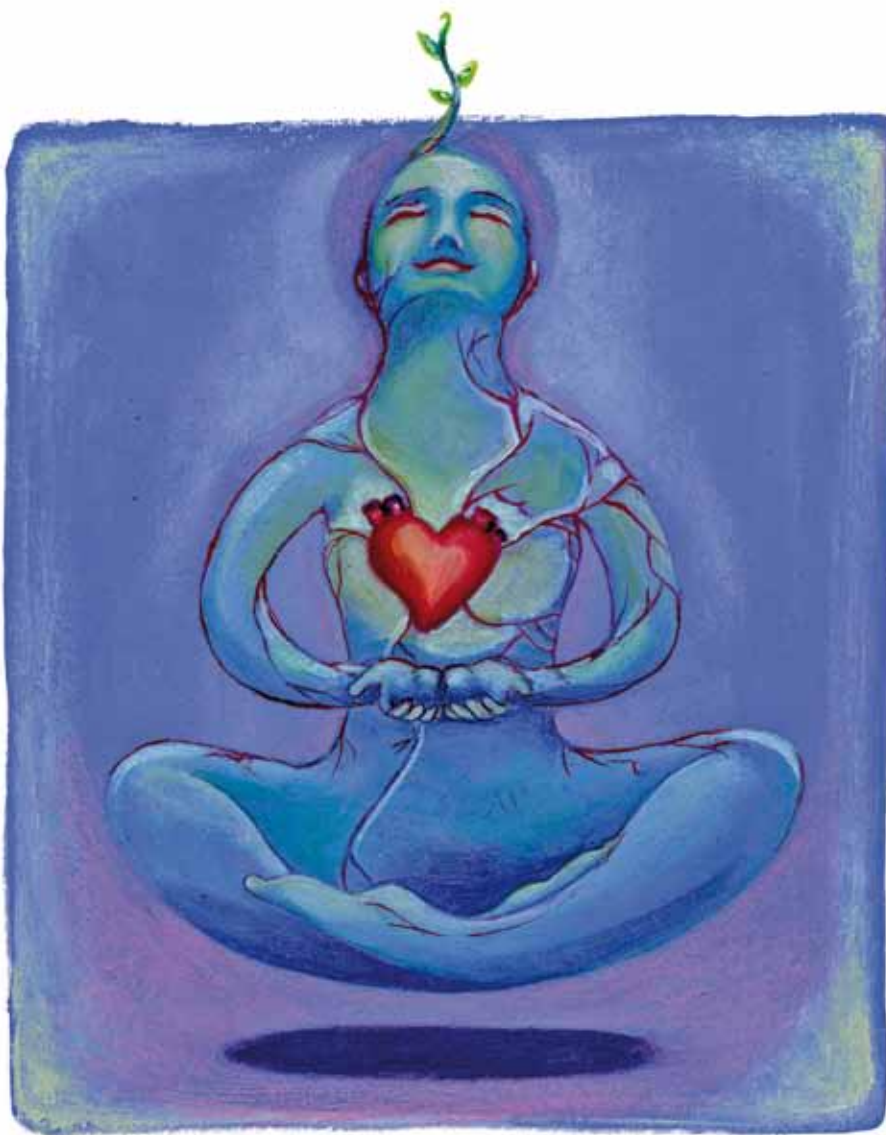
La dimension «religieuse» de ces modèles nord-américains sera privilégiée ici. Dans une société imprégnée de religion<sup>1</sup>, comme l'a manifesté la récente célébration d'investiture du Président Obama, il n'est pas étonnant que le registre des croyances soit mobilisé pour influencer les comportements.

## L'influence des croyances religieuses sur la santé, thème de recherche ancien aux États-Unis

L'influence de la religion sur la santé est un thème ancien de recherche pour la psychologie et la neuropsychologie nord-américaines qui ont étudié les effets sur la santé du processus mental de la prière, à l'aide des modèles psychologiques de l'hypnose et de la suggestion, puis de la relaxation et enfin du développement cognitif. Parmi ces recherches, nous pouvons citer:

• 1957, *expérience de William Parker et Elaine St Johns* (1) sur trois groupes de personnes souffrant de mal-être: l'un en psychothérapie, l'autre s'adonnant à la prière quotidienne, le dernier engagé dans un programme très structuré de thérapie par la prière. Ce dernier programme permit aux personnes de se sentir mieux sans qu'on puisse conclure qu'ils soient dus à la prière ou à l'organisation du temps imposée.

• 1979, *expérience d'Elkins, Anchor et Sandler* (2) faisant passer des tests de tension musculaire et de mesure de l'anxiété à des sujets membres de la même Église baptiste, répartis en



groupe de prière, groupe de relaxation et groupe de contrôle. Pas d'amélioration physiologique pour le groupe de prière mais un mieux-être subjectivement ressenti.

- 1978, *expérience de Surwillo et Hobson sur l'activité électrique du cerveau durant la prière* (3), procédant par mesure de l'activité électrique du cerveau par EEG sur six sujets en prière pendant vingt minutes. Il fut difficile de savoir si les effets plutôt négatifs obtenus étaient dus à la prière ou à l'artefact expérimental.

- 2001, *études d'Aquili et Newberg* (4) sur les bases neuronales du transport mystique par l'observation des flux sanguins du cerveau de moines bouddhistes et chrétiens en prière. Les auteurs concluent que la participation à des activités spirituelles telles que prières, offices ou méditations peut abaisser la pression sanguine et le

rythme cardiaque, réduire le niveau de cortisone hormonale et susciter des améliorations dans le système immunitaire de l'individu. Leur ouvrage se présente comme une introduction à la biologie de la croyance.

À la même époque, le D<sup>r</sup> Koenig, du Centre médical de la Duke University, déclare que *«le défaut d'engagement religieux a un effet sur la mortalité équivalent à quarante années de tabac avec un paquet de cigarettes par jour»* (5).

### L'inscription de l'item «croyances» dans les modèles d'éducation pour la santé nord-américains

Dans l'univers mental d'une société saturée de religieux, l'item «croyances» s'impose facilement comme une composante importante d'un modèle d'éducation pour la santé, alors que dans un pays où le religieux est cantonné au domaine privé, comme en

France, des recherches similaires introduisent plutôt l'item «représentation mentale ou sociale». Dans le contexte nord-américain, le recours aux «croyances» prend donc toute sa place dans les théories (6) élaborées pour identifier les facteurs psychosociaux qui influent les comportements, expliquer ces comportements et inspirer des modes d'intervention éducative visant à entraîner les modifications souhaitées.

- Le *«health belief model»* (HBM) ou *«modèle des croyances relatives à la santé»*, développé depuis 1950 et formalisé par Becker et Maiman en 1975, considère que la maîtrise d'informations validées sur la santé n'entraîne une attitude préventive que si l'individu a réellement le souci de sa santé. Il adoptera alors des conduites préventives s'il perçoit une menace sur sa santé et s'il «croit» en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace. La perception de la menace est définie elle aussi par des «croyances» spécifiques: croyance en sa vulnérabilité, croyance en la dangerosité du mal éventuel. La «croyance» en l'efficacité de l'action préventive se construit dans une évaluation subjective pesant les coûts et les avantages de la pratique préventive.

- La *«théorie sociale cognitive»* de Bandura (1977 et 1986) met l'accent sur deux «croyances»: la croyance en l'efficacité du comportement préconisé, la croyance en la capacité du sujet à l'adopter de manière efficace.

- Le *modèle de Fishbein et Ajzen* (1975), ou *«théorie de l'action raisonnée»*, pose deux ensembles de facteurs explicatifs du comportement. Le premier, l'attitude d'une personne à l'égard d'un comportement, est déterminé par le rapport entre les «croyances» de cette personne sur les conséquences du comportement et l'évaluation qu'elle fait de ces conséquences. Le second, la norme subjective, est déterminé par les «croyances normatives» de la personne: importance pour elle de l'opinion des proches en la matière et motivation à se conformer à leur opinion.

- La *«théorie des comportements interpersonnels»* de Triandis (1975) limite l'importance de l'intention



comme prédicteur du comportement en introduisant la force de l'habitude et les conditions facilitant l'action. Cette force de l'habitude, ou degré d'automatisme d'un comportement dans une situation donnée, n'est pas sans rappeler le concept d'*habitus* que Bourdieu a montré si fortement à l'œuvre dans les pratiques religieuses.

### Croyances religieuses et croyances de santé : vers un nouveau paradigme ?

Cette rencontre entre santé et religion, aussi naturelle dans le contexte nord-américain que rédhibitoire à la laïcité française, n'est pas sans pertinence. Santé et religion partagent des éléments fondamentaux : l'une et l'autre sont des valeurs, des biens symboliques, secrètent un milieu producteur de « normes » de vie et correspondent à un projet de maîtrise et d'accomplissement de la vie humaine. Quand il s'agit d'exercer une action éducative en matière de santé, l'articulation de ces deux domaines n'est pas sans intérêt. L'action éducative fait subir au sujet un changement qui ne saurait se produire si lui-même ne l'opère pas ; elle suppose donc à la fois une action extérieure à soi-même et l'engagement actif du sujet dans son propre changement. La fonction de la croyance apparaît alors. Dépassant les limites de la réalité objective,

elle permet de passer du *probable* au *certain*, de la conviction intime à la certitude. Dans l'ordre de la pensée, elle se situe sous le registre des représentations, mais c'est « une représentation relative à une réalité supra-empirique supposée être au principe de la réalité empirique avec laquelle il est possible de communiquer » (7). Cela lui donne un impact fort : « le croyant est un homme qui peut davantage » comme l'avait noté Durkheim (8). « Yes, we can », dit le croyant Barack Obama<sup>2</sup> élu par la gauche religieuse américaine. La croyance est une disposition à agir. Elle noue un *dire* à un *faire* et s'appuie sur les liens de solidarité que son partage avec d'autres a créés. Alors que la science, basée sur la méthode expérimentale, relève de la rationalité objective qui laisse l'individu solitaire et démuné face à une vérité abstraite, les croyances relèvent, non pas de l'irrationnel comme un certain positivisme stérile tend à le faire croire, mais d'une « rationalité subjective qui a sa logique et sa cohérence propre » (9). Quand il s'agit de la vie quotidienne et de la santé, la croyance est d'un tout autre recours que la science et celle qu'on partage avec des proches est un guide pour l'action plus crédible que les prescriptions savantes, même si l'on est par ailleurs membre de la communauté scientifique (10).

### Du bon usage du registre de la croyance en éducation pour la santé

La religion et la santé appartiennent à la sphère des biens symboliques qui, sous réserve d'un usage pertinent, peuvent unir les hommes et les aider à assumer leur humaine condition. Autant serait catastrophique un retour en arrière vers des modèles thérapeutiques de type magico-religieux, manifestes ou sous-jacents dans certaines pratiques sectaires, autant la prise en compte dans les modèles éducatifs du registre de la croyance peut apporter des ressources de compréhension des conduites et d'aide à leur remaniement.

**Bernard Goudet**

Sociologue, consultant en promotion de la santé.

1. En 2000, 94 % des habitants des États-Unis déclaraient croire en Dieu. Sondage Institut Gallup.

2. Barak Obama a construit sa campagne sur la référence aux pères fondateurs de la nation qui la considéraient comme le nouveau peuple élu ayant mis la « Mer Rouge » entre lui et le mal.

### ► Références bibliographiques

- (1) Parker W., St Johns E. *Prayers can Change your Life*. New York : Carmel, 1957.
- (2) Elkins D., Anchor K.N., Sandler H.M. Relaxation Training and Prayer Behavior as Tension Reduction Techniques. *Behavioral Engineering*, 1979, n° 5 : p. 81-87.
- (3) Surwillo W.W., Hobson D.P. Brain Electrical Activity During Prayer. *Psychological Reports*, 1978, n° 43 : p. 135-143.
- (4) d'Aquili E., Newberg A. *Why God Won't Go Away*. New York : Ballantine Books, 2001.
- (5) Cité par Debray R. *Dieu : un itinéraire*. Paris : Odile Jacob, 2001 : p. 356.
- (6) Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, mars 1991, vol. 9, n°1 : p. 67-94.
- (7) Lambert Y. *La naissance des religions*. Paris : Armand Colin, 2007 : p. 23.
- (8) Durkheim É. *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : Puf, 1912 : p. 595.
- (9) Lambert Y. *La naissance des religions*. Paris : Armand Colin, 2007 : p. 24.
- (10) Debray R. *Dieu : un itinéraire*. Paris : Odile Jacob, 2001 : p. 380.

Entretien avec Martine Trapon, présidente de la Fédération des centres sociaux de Paris, directrice générale de l'association « École normale sociale »

## « Écouter, garantir la confidentialité, accueillir la personne telle qu'elle est »

**Dans les centres sociaux de Paris, les personnes de nationalité étrangère ou française d'origine étrangère sont très nombreuses. Elles viennent essentiellement pour apprendre le français. Pour Martine Trapon, plus que la dimension religieuse à prendre compte, c'est une éthique de l'accueil qui prévaut : sans discrimination, accueillir la personne « pour ce qu'elle est ». C'est la confiance qui s'instaure qui peut permettre d'aborder en groupe nombre de questions qui les préoccupent, y compris celles relevant de la santé. C'est la confiance et la confidentialité qui permettent aussi au groupe de fonctionner comme un espace de protection.**

**La Santé de l'homme : Dans les pratiques des centres sociaux, comment voyez-vous l'articulation du religieux avec les questions de santé ?**

**Martine Trapon :** Une grande majorité du public que nous accueillons dans les centres sociaux est d'origine étrangère. Beaucoup de jeunes adolescents et leur famille, au-delà de leur participation aux activités et animations socioculturelles, viennent pour apprendre le français. Nos centres sont des lieux d'échange, de rencontre et de partage. S'il m'est difficile de cerner avec précision une articulation évidente entre le religieux et la santé, je pense toutefois que c'est au travers de ce mélange que peut se poser, parfois, cette question. À dire vrai, nous n'avons pas beaucoup d'états d'âme en la matière : notre vision des choses est plutôt offensive. Nous avons une tâche, je dirais presque militante, qui est d'ouvrir nos centres aux hommes et femmes qui sont en situation de demandes d'aide précises. Les activités sont encadrées par des professionnels qui ont le statut de bénévoles et nous n'évitons pas de mettre en débat des sujets qui pourraient entraîner des interrogations.

**S. H. : Comme, par exemple ?**

Dans le centre social géré par l'association École normale sociale, l'espace Torcy, il y a chaque année une information pour les apprenants du soir sur les maladies sexuellement transmissibles et sur le sida. Nous faisons attention de prévoir des possibilités de traduction, soit en faisant appel à des traducteurs – le plus souvent des traductrices – qui viennent du groupe ou à des personnes d'origine étrangère que nous connaissons depuis quelques années, soit en faisant venir une autre bénévole qui parle la langue utilisée. Sur cet exemple, je dois dire que nous n'avons jamais rencontré de résistance particulièrement forte de la part de personnes qui auraient, pour cause de sentiment religieux, refusé d'entendre cet exposé. Pourquoi ? Je pense que la relation à la religion n'est pas au premier plan de la préoccupation du groupe de femmes auquel cette activité s'adresse. De plus, ce n'est pas le moment. Nous sommes dans une activité de socialisation et d'apprentissage de la langue. Le choix de l'exercice est basé sur un thème d'éducation pour la santé. Une relation de confiance s'instaure avec l'animatrice, qui se trouve être d'origine africaine. Sans doute,

dans une activité de groupe, la part de la religion ne s'invite pas de la même manière qu'elle pourrait le faire dans une relation individuelle entre une personne du groupe et l'animatrice.

**S. H. : Voyez-vous une différence de comportement entre le public adulte et les adolescents qui fréquentent vos centres ?**

Sur les thèmes de santé, la réponse est positive. Dans l'espace Torcy, par exemple, le centre accueille environ 60 % de garçons pour 40 % de filles. Ces jeunes, au nombre d'une quarantaine, semblent ne pas trop se préoccuper de leur santé. Les animateurs évoquent pourtant des thèmes de santé dans le cadre de discussions individuelles mais il n'y a pas de travail en groupe là-dessus. En revanche, je connais un centre, situé dans le 11<sup>e</sup> arrondissement de Paris, qui produit un gros travail collectif sur ce sujet. L'animatrice invite parents et adolescents à des réunions où elle propose des exposés sur l'équilibre alimentaire, les vaccins, la santé en général. Elle s'appuie sur des modèles ludiques, des mallettes, des outils pédagogiques... Je reste prudente quand même sur l'approche que nous pouvons avoir sur certaines ques-





tions de prévention par exemple. Je me souviens d'une formation sur la prévention de la toxicomanie que la Ville de Paris nous avait demandé de faire dans nos centres où les parents, invités à participer à nos soirées-débats, s'étaient inquiétés de savoir si la drogue était présente dans les centres.

**S. H. : Intégrez-vous cette dimension religieuse dans le cadre de votre pratique quotidienne et de vos actions ?**

Pas directement et pas d'une manière si précise. Quand nous abordons cette question avec nos animatrices bénévoles, la dimension religieuse apparaît davantage à propos du port du foulard que sur un thème de santé. Cela commence à se poser dans certains centres car il y a des femmes qui viennent voilées. À l'espace Torcy, nous sommes confrontés à une autre forme de questionnement car nous avons une femme, amenée par son mari, qui vient avec une burqa. Nous en avons discuté avec la directrice du centre et nous avons décidé qu'il serait souhaitable de la recevoir au sein du groupe femmes. Je pense que nous devons accueillir les personnes sans discrimination, avec tolérance. Je sais que c'est difficile et que tous les centres ne partagent pas ce point de vue, même sur le port du

voile simple. Le débat doit avoir lieu et il commence à apparaître dans de nombreux centres sociaux. Je suppose que ces femmes très voilées – la burqa demeure impressionnante – ont des questions mais nous n'avons pas connaissance de la manière dont elles se débrouillent avec la santé, par exemple. Peut-être en parle-t-elle avec l'animatrice...

**S. H. : Selon vous, quelles sont les questions qui se posent aujourd'hui dans le cadre de votre mission ?**

Elles découlent de ce que je viens de dire auparavant. Dans le cadre de notre mission de lien social avec des usagers, il est nécessaire d'accueillir la personne pour ce qu'elle est. Nous allons ensuite chercher à nouer une relation de confiance avec elle. Si elle-même ne fait pas de prosélytisme, si elle ne demande pas à avoir une pratique religieuse dans le centre, nous devons avoir une attitude d'écoute simple et d'accueil. Si ce n'est pas le cas, nous devons en discuter. Les questions qui se posent à nous aujourd'hui sont de cette nature. Notre mission sociale doit passer par une volonté d'accueil et par une qualité d'écoute. Dans le cadre de notre relation personnelle et professionnelle, j'insiste là-dessus, toutes les questions peuvent être abordées : les

problèmes de santé, les difficultés d'accès aux droits, ou d'accès aux soins avec des médecins hommes.

**S. H. : Quelle est, selon vous, la recommandation principale que vous feriez pour aborder, dans votre pratique sociale, cette articulation entre le religieux et la santé ?**

Nous devons parler de tous les sujets et, pour cela, faire entendre à la personne que non seulement tout est possible mais que dans tous les cas, ce sera dans la plus grande confidentialité. La femme doit être protégée, l'homme aussi d'ailleurs. C'est vraiment quelque chose de sérieux. Et puis il y a la force du groupe. Il se passe beaucoup de choses dans les espaces d'échanges. Nous voyons bien que beaucoup de femmes commencent à s'ouvrir au monde extérieur. Des sujets comme la contraception arrivent en débat. Des femmes entrent voilées dans le centre. Elles quittent le voile dans les groupes où toutes les opinions sont présentes. Les recommandations sont là : accueil des gens, relation de confiance, confidentialité... le groupe étant leur espace de protection.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**,  
Journaliste.

## « Prendre le temps de la rencontre »

**La religion influence la santé des populations au travers des pratiques. Au-delà de l'espace religieux, les pratiques culturelles d'une personne lui permettent de s'inscrire dans une identité. Selon Mohamed Boussouar, l'éducateur pour la santé ne doit pas se mobiliser particulièrement sur l'aspect religieux mais aborder les personnes « selon ce qu'elles sont » et non selon ce qu'on souhaiterait qu'elles soient. Prendre le temps de la rencontre, prendre en compte ses propres limites culturelles, mettre en commun partage et critique réciproque. En résumé, construire ensemble des limites communes.**

**La Santé de l'homme : Pensez-vous, au regard du public que vous rencontrez, que le religieux ou la religion ait une incidence sur la santé des personnes ?**

**Mohamed Boussouar :** Oui, à l'évidence. La religion influence la santé des populations au travers des pratiques, je pense aux pratiques alimentaires par exemple. Mais sur cette question, j'ai envie d'évoquer la santé d'une façon globale. Nous ne sommes pas dans une perspective simplement sanitaire, au sens biomédical du terme. Mais bien sur une santé globale au sens où les gens ont la possibilité de vivre une vie sociale et même citoyenne débarrassée de toute perspective de stigmatisation ou de toute tentative de normalisation. Je pense à l'évidence à des populations qui ont des pratiques religieuses qui ne sont pas dans le cadre historique et culturel de la France, par exemple. Ce qui me paraît nécessaire, c'est de bien distinguer une pratique culturelle, renvoyée par définition à l'espace religieux mais qui, en fait, relève de la pratique culturelle.

**S. H. : Par exemple ?**

Prenons les pratiques alimentaires, dans l'utilisation ou la non-utilisation du porc dans l'alimentation. Nous nous apercevons qu'il y a des problématiques soulevées dans les cuisines

collectives comme les cantines scolaires. Un certain nombre de notions posent problème parce qu'il semblerait, *a priori*, qu'il y ait une incompatibilité entre le principe incompressible de laïcité, principe républicain par excellence, qui ne pourrait se satisfaire d'options relevant de pratiques culturelles. Étant moi-même un militant actif de la laïcité, j'entends bien un certain nombre de remarques comme la non-prise en compte des pratiques culturelles dans le cadre de l'école. Seulement il se trouve que, de plus en plus, je constate notamment chez les jeunes adolescents une sorte de « contamination » de la pratique, notamment musulmane, alors qu'en réalité, ce sont des adolescents qui ont peu, voire aucun lien avec la religion. Cela relève, de mon point de vue, d'un attachement à ce qui peut revêtir pour eux un caractère identitaire. Ce rapport qu'ils ont à des principes originellement de type religieux ne manifeste que la seule possibilité qu'ils entrevoient pour l'instant de s'inscrire dans une reconnaissance identitaire. Du coup, je crois qu'il y a une sorte de malentendu permanent entre les gens qui ont le sentiment de vivre une identité culturelle, alors qu'en fait, ils sont le résultat d'une sorte d'impasse historique, dans une collectivité nationale, d'avoir une identité légitimée. Pour ceux-ci, il y a une nécessité, pour exister, de se référer à une identité qui soit assumable. Cette identité a des caractéristiques

plutôt satisfaisants pour eux car elle leur permet de renouer avec un passé ou une origine, qui est parfois même fantasmé mais qui les accueille. Il y a là une certaine faillite en termes d'intégration et d'accueil dans la citoyenneté en France, qui renvoie toute une partie de la population – le jeune surtout – vers des sollicitations qui ne sont pas toutes dénuées d'arrière-pensées. Cela leur offre la possibilité d'être reconnus et de s'inscrire dans une identité qui les conduit à avoir des réflexes communautaires... Cela m'inquiète beaucoup.

**S. H. : L'articulation avec la santé se pose-t-elle dans ce cas ?**

Toutes ces considérations, pour moi, relèvent de la santé. D'abord psychique bien sûr, et encore... Je ne pense pas qu'une personne vivant dans un environnement comme le nôtre puisse accéder à une bonne santé s'il n'a pas le sentiment de pouvoir développer une relation sociale qui soit au moins satisfaisante, sinon épanouissante.

**S. H. : Vous faites un distinguo entre pratique culturelle et pratique culturelle. En quoi cette dernière connaît-elle une interférence entre religion et santé ?**

Les pratiques culturelles sont issues d'une construction qui relève un peu du



synchrétisme. Il y a à la fois des éléments qui sont inscrits dans un dogme, dans des principes qui proviennent du Livre, au sens sacré, quel qu'il soit et, en même temps, des pratiques sociales. Nous pouvons dénoncer des pratiques représentant des principes religieux alors qu'elles sont essentiellement culturelles. Je pense à la burqa. Il n'y a absolument rien dans les écrits du Coran qui nécessite l'utilisation pour la femme de la burqa. Nous sommes bien dans une culture. Ce synchrétisme arrive à un moment donné à faire en sorte que des gens aient des pratiques que l'on identifie comme strictement culturelles. Il y a des choses qui ont investi l'espace culturel mais qui, une fois digérées culturellement, portent des signes non plus liés à la religion mais à la culture. Nous voyons actuellement des débats qui, de mon point de vue, sont un peu viciés. La République n'aurait-elle plus la vertu d'insérer dans son environnement des gens qui peuvent être musulmans, bouddhistes, juifs, libres penseurs ou francs-maçons ?

**S. H. : Intégrez-vous cette dimension dans le cadre de vos actions ?**

En tant qu'éducateur pour la santé, je n'ai pas de mobilisation particulière par rapport à l'aspect religieux. J'ai sim-

plement une vigilance sur la façon dont j'aborde les personnes et la population. Je les aborde selon ce qu'ils sont, là où ils sont et non comme je souhaiterais qu'ils soient. Par exemple, j'ai eu l'occasion de discuter avec des employés municipaux qui travaillaient de façon extrêmement pertinente dans le cadre du dépistage du saturnisme dans les appartements vétustes. Ils intervenaient avec bienveillance auprès d'une population émigrée sans prendre en compte sa dimension culturelle et culturelle. À un moment, ces populations n'ont plus souhaité que ces agents interviennent dans leur habitat, d'où incompréhension. La raison était que, par méconnaissance, ils ne s'étaient pas aperçus qu'ils entraient dans les appartements avec leurs chaussures de chantier et qu'ils souillaient les tapis, notamment de prière. Aborder la question de la santé, c'est l'aborder d'une manière totale. Cela ne veut pas dire que nous faisons forcément des concessions et que nous permettons une irruption du culturel dans l'espace de l'inter-relation de ce que j'appelle l'économie sociale. Pour autant, nous ne pouvons demander aux gens un émiettement de leur personnalité en acceptant une partie de ce qu'ils sont et en refusant une autre sous prétexte que l'on est dans un espace laïque.

**S. H. : Selon vous, quelles sont les questions qui se posent aujourd'hui par rapport à cette articulation religion-santé ?**

Je pense que c'est d'abord la question du temps. Si nous voulons aborder les gens dans ce qu'ils sont en prenant en compte le distinguo entre ce qui relève de la collectivité et ce qui relève de la sphère privée, cela demande du temps. Il est important de prendre le temps de la rencontre et d'inscrire le travail que nous faisons dans une temporalité qui permette, petit à petit, de faire le tri avec toute la compréhension possible pour la personne. Quand je travaille avec des populations migrantes, qu'elles soient musulmanes, animistes, etc., il y a la nécessité de les convaincre que la rencontre est dans tous ses aspects. C'est en prenant ce temps que les gens mesurent aussi que nous avons nos propres limites culturelles et que c'est dans le partage, dans l'approche commune et dans la critique réciproque que nous apprenons à vivre ensemble. Le projet n'est pas d'inscrire l'autre dans ses propres limites mais bien de construire des limites qui soient communes.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**,  
Journaliste.

# Dieu dans les représentations de santé des enfants

**L'influence de la religion sur la santé est souvent affichée comme telle par les enfants, qu'ils soient de « culture » catholique, musulmane ou d'une autre religion. Pour Jean-Christophe Azorin, éducateur pour la santé, l'essentiel est de savoir entendre cette parole – ne pas l'occulter –, la recevoir et savoir quoi en faire. La question de la croyance peut ainsi être reliée au « vivre ensemble », ouvrir un échange sur la diversité des opinions notamment religieuses. Et, en toile de fond, permettre de renforcer leurs compétences psychosociales et leur estime de soi.**



Enseignant, éducateur pour la santé en milieu scolaire, à la question « *Qui s'occupe de notre santé ?* », il m'a souvent été répondu par de jeunes enfants de l'école élémentaire : « *Dieu* ». Cette réponse, je l'ai obtenue aussi bien dans des écoles privées et confessionnelles que dans des écoles publiques et laïques, et autant de la part d'enfants de « culture » catholique que musulmane.

L'objet de ma réflexion n'est pas d'analyser si cette évocation d'une intervention divine dans les déterminants de santé est le résultat d'un enseignement religieux ou du bain culturel dans lequel l'enfant grandit, mais de savoir comment l'entendre, la recevoir et quoi en faire.

En effet, la parole sollicitée, ici à titre d'évaluation des représentations initiales des enfants concernant la santé et la prévention, doit faire l'objet d'une attention toute particulière et ne peut être occultée même lorsqu'elle déstabilise l'éducateur pour quelque raison déontologique, scientifique ou philosophique que ce soit.

Une réponse à l'élève et non plus à l'enfant sera de l'interroger sur sa place dans le monde qui l'entoure et les actions dont il a la maîtrise et, dans le cas qui nous intéresse, quels sont les acteurs de santé qu'il peut identifier et les actes que lui-même peut entreprendre pour son bien-être. Ramené au monde « sensible », l'enfant, à travers

une discussion avec le groupe-classe, « reconnaît » les individus de son entourage et les gestes du quotidien qui contribuent à sa santé physique, à son bien-être psychologique et à son épanouissement dans son environnement. La question de sa « croyance » exprimée n'est pas évacuée pour autant mais est reliée ainsi au champ interdisciplinaire du « vivre ensemble ». Elle est ainsi légitime dans le cadre scolaire laïque mais aussi pertinente par rapport à la réflexion que l'on peut mener avec les élèves sur la connaissance et l'expression de la diversité des opinions, notamment religieuses.

Au final, ce travail trouve sa cohérence dans le renforcement des compétences psychosociales des enfants et le développement d'une « bonne » estime de soi.

Nul doute que, dans le respect des croyances qui relèvent de la sphère privée, propres à chacun ou à son milieu d'appartenance, cette intrusion du religieux à l'école laïque fournit une excellente occasion à la classe de faire le point sur la place de l'Humain dans son destin à travers ses choix, ses attitudes et ses comportements.

**Jean-Christophe Azorin**

Professeur des écoles,  
responsable du Centre ressources  
de l'Inspection académique de l'Hérault,  
Épidaure CRLC, Montpellier.

# Appartenance religieuse, spiritualité et santé au Québec

**Selon une enquête québécoise réalisée en 1998, la spiritualité semble pouvoir agir de façon positive sur l'état de santé physique et mentale des personnes, dans la mesure où elle augmente la capacité de faire face à la détresse. Éric Le Grand, sociologue, rend compte de cette enquête. 69 % des Québécois interrogés considèrent que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale. L'un des intérêts de ces travaux est d'interroger les valeurs spirituelles, au-delà des appartenances religieuses, prenant en compte ainsi l'évolution des sociétés. La spiritualité traduit notamment la quête du sens que l'on donne à sa vie.**

Si la France reste encore en retrait quant à l'introduction d'une réflexion sur la question de la religion, du religieux et de son lien avec la santé, les enquêtes de santé nord-américaines ont intégré cette dimension depuis de nombreuses années (*voir aussi l'article de Bernard Goudet page 21*). S'il est évident que nos deux contextes culturels et sociaux diffèrent dans leur rapport à la religion, certains enseignements peuvent être tirés des études réalisées. Sans reprendre la littérature florissante sur cette question, nous avons choisi ici de donner quelques éléments de l'Enquête santé Québec de 1998, qui a consacré un chapitre sur le lien entre spiritualité, religion et santé (1).

Si cette enquête est ancienne et qu'il semble raisonnable de dire qu'aujourd'hui la réalité pourrait être autre, ce qui nous intéresse ici n'est pas tant la dimension religion, mais bien celle développée par les auteurs de la spiritualité. En effet, comme ils le soulignent, si la religion a été dès le début intégrée dans les enquêtes santé, la caractérisant par deux indicateurs : l'appartenance religieuse et la fréquentation d'un lieu de culte au cours de l'année précédant l'enquête, la dimension de la spiritualité a elle été nouvellement intégrée.

L'introduction de ce terme de spiritualité repose en effet sur un double constat, celui de la désaffection pro-

gressive des églises (pris au sens de participation à des lieux de cultes, et déclaration d'appartenance à une religion ou à un groupe religieux), mais aussi celui de la sécularisation progressive de notre société. Ce double mouvement n'est pas propre au contexte nord-américain mais est d'ordre mondial. Pour autant, ce mouvement ne s'accompagne pas d'un déni de la religion, mais propose plutôt une recomposition du croire qui prend sens pour l'individu, en dehors de l'offre des institutions religieuses. Dès lors, le terme de spiritualité peut être interprété comme une nouvelle forme de croire, en réponse à ces processus.

## **Spiritualité : une quête de sens de la vie**

Si ce terme semble plus correspondre à notre époque actuelle, il est pour autant plus difficile à appréhender et à définir car il renvoie, pour tout un chacun, à une définition différente selon son vécu, son histoire, et parfois aussi selon ses rapports passés avec la religion. Ce terme n'est d'ailleurs pas sans rappeler les difficultés relatives à la définition de la qualité de vie. En ayant conscience de cette difficulté, les auteurs québécois montrent en se référant à la littérature qu'un consensus émerge pour recouvrir les différentes dimensions de ce terme. Parmi celles-ci, nous retrouvons la recherche d'un but et d'un sens à la vie, la croyance

qu'il existe quelque chose qui transcende l'être humain, le respect de la vie, l'idéalisme et l'altruisme. Cette quête de sens se trouve d'ailleurs inscrite dans le questionnaire de qualité de vie, le Whoqol<sup>1</sup>, sous la formulation suivante : « Vos croyances (convictions personnelles) donnent-elles un sens à votre vie? » Ainsi, cette inscription qui donne une version « laïque » des croyances postule aussi que cette spiritualité a des incidences sur la santé des personnes. En fait, sous ce terme, il n'est plus uniquement question de croire en un Dieu (et ce, quelle que soit sa forme) mais bien plutôt de croire en quelque chose.

## **Spiritualité et santé**

Dès lors, s'inspirant d'études américaines, les auteurs montrent qu'il peut exister des liens entre la spiritualité et la capacité de faire face à un problème de santé chronique, tel que le diabète ou le cancer, mais aussi avec le bien-être psychologique. La spiritualité semble donc, au même titre que les diverses composantes du soutien social, pouvoir agir de façon positive sur l'état de santé physique et mentale dans la mesure où elle augmente la capacité de faire face à la détresse et de l'atténuer.

Si cette dimension spirituelle apparaît comme un élément incontournable, il n'en demeure pas moins



qu'elle reste encore difficile à explorer de manière statistique. En effet, quelle(s) question(s) poser alors que celle-ci revêt différentes formes. L'étude santé québécoise – tout en soulevant cette difficulté – a proposé de cerner le lien entre santé et spiritualité autour de deux questions, tout en précisant que le terme de spiritualité peut être interprété différemment par chacun :

*«Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme) est-elle très importante, assez importante, peu importante, pas importante du tout?»*

*«Croyez-vous que vos valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé, physique ou mentale?»*

### Quelques résultats

La lecture des résultats a donné quelques indications intéressantes sur ce lien. En 1998, 65 % des Québécois accordaient de l'importance (très ou assez importante) à la vie spirituelle ; 69 % de la population considéraient à la même époque que leurs valeurs spi-

rituelles avaient un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale.

Quand on analyse plus finement les résultats, en considérant notamment le niveau de revenus, on estime que 71 % des personnes très pauvres ou pauvres, comparativement à 63 % de celles qui ont un revenu moyen ou supérieur, accordent de l'importance à la vie spirituelle. De même, 43 % des très pauvres ou pauvres considèrent que ces valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale, comparativement aux 33 % des personnes ayant un revenu supérieur. Cependant, cette dimension spirituelle joue un rôle moins central quant aux idées suicidaires où la religion semble jouer un rôle plus protecteur.

Ainsi, les personnes qui disent n'appartenir actuellement à aucune religion sont proportionnellement plus nombreuses à atteindre un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que celles qui disent appartenir à une religion. Cependant, aucune relation n'est

constatée entre la détresse psychologique et l'importance accordée à la vie spirituelle, ni même de différences statistiquement significatives entre les personnes accordant une forte valeur aux valeurs spirituelles et celles qui en accordent moins, notamment dans le cadre des idées suicidaires. En ce sens, ce serait plus la religion qui jouerait un rôle de «protection», conclusion qui renvoie aussi aux éléments développés par Philippe Guilbert dans ce numéro (voir article page 31).

### Pour conclure

Cette étude était bien évidemment exploratoire et, comme le soulignent les auteurs, mériterait de plus amples travaux de construction d'indicateurs pour mieux identifier la pertinence avérée ou supposée de ce lien. De même, il faudrait pouvoir renouveler ce type d'enquête afin de mesurer les évolutions de ce lien et sa place au côté de la religion. S'il est évident que l'une n'exclut pas l'autre, nous pourrions émettre l'hypothèse, au regard des transformations en cours du monde religieux, que la «spiritualité» – telle que les auteurs québécois l'ont définie – prenne plus de place dans la vie quotidienne des personnes et ce, quel que soit leur groupe d'appartenance. Ainsi, nous pourrions nous interroger sur la place que revêtent ces croyances dans la population française en général mais aussi pour des publics plus spécifiques comme les populations précarisées, incarcérées...

**Éric Le Grand**

Sociologue, consultant en promotion de la santé.

*1. Le Whoqol (ou World Health Organization Quality Of Life) est une échelle de mesure de qualité de vie créée par l'Organisation mondiale de la santé.*

### ► Référence bibliographique

(1) Clarkson M., Pica L., Lacombe H. Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire (chapitre 29). In: *Enquête sociale et de santé Québec 1998*. Québec : Institut de la statistique du Québec, coll. La santé et le bien-être, 2002 : p. 603-625.

# La religion, facteur protecteur face aux tentatives de suicide ?

Selon l'enquête Baromètre santé de l'INPES, les personnes pratiquant ou ayant une religion sont moins nombreuses que le reste de la population à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Toutefois, ces résultats sont à considérer avec précaution car ils reposent sur du déclaratif et les tentatives de suicide sont condamnées par les religions, ce qui peut impliquer une sous-déclaration. Ils suggèrent néanmoins que la pratique d'une religion jouerait un rôle protecteur à l'égard des tentatives de suicide.



L'analyse statistique des perceptions et comportements de santé d'une population selon l'angle de la pratique religieuse peut être abordée à travers l'enquête Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Sans en attendre un éclairage explicatif sur le rôle ou l'influence que peuvent avoir la pratique religieuse ou, de façon plus large, les croyances ou convictions personnelles, il est possible de mener des investigations statistiques

cherchant à relier la fréquence d'apparition d'un comportement, d'une attitude ou d'une opinion, selon le fait de déclarer ou non une religion et selon le degré de pratique de celle-ci.

Comme il n'est pas possible d'offrir un panorama complet des perceptions et comportements de santé selon la pratique religieuse, nous avons fait le choix de développer les analyses sur une thématique particulière, à savoir

les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie. En effet, embrasser l'ensemble des comportements de santé selon la pratique religieuse ne permet pas d'approfondir ni même de formuler des hypothèses simples sur le sens attendu des relations. En ce sens, le choix des tentatives de suicide comme sujet d'analyse présente l'intérêt d'être un domaine unanimement condamné par la très grande majorité des religions<sup>1</sup> (bouddhisme, hindouisme, christianisme, islam, judaïsme, etc.).

Ainsi, les personnes interrogées en 2005 qui déclaraient avoir une religion étaient-elles celles qui déclaraient aussi avoir moins souvent que les autres fait une tentative de suicide au cours de leur vie ? En faisant référence aux doctrines religieuses, nous pouvons anticiper le résultat dans le sens d'une moindre déclaration de tentatives de suicide chez les personnes déclarant une religion, et ce, que cette sous-déclaration soit le reflet d'actes moins nombreux ou le reflet d'une plus grande difficulté à le dire, compte tenu justement de son caractère prohibé.

Pour identifier la pratique religieuse, la question utilisée est la combinaison de deux questions : « *Avez-vous une religion ?* » (oui/non/non réponse) et « *Toujours par rapport à la religion, diriez-vous que vous ne pratiquez pas/ vous pratiquez de temps en temps/ vous pratiquez régulièrement ?* »

**Tableau I. Croisement de la variable relative aux tentatives de suicide au cours de la vie avec différents paramètres dont la pratique d'une religion**

**Lecture :** 4,1 % des personnes pratiquant de temps en temps ou régulièrement une religion déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie contre 5,5 % des personnes n'ayant ou ne pratiquant pas de religion (cet écart est significatif, c'est-à-dire qu'il ne résulte pas d'un effet lié à un tirage au sort particulier de notre échantillon). De plus, à « sexe, âge, épisode dépressif, rapport sexuel forcé, maladie chronique et croyances personnelles » comparables, le risque de déclarer avoir fait une tentative de suicide chez les personnes n'ayant ou ne pratiquant pas de religion est 1,5 fois supérieur à celles pratiquant de temps en temps ou régulièrement une religion (cet écart est significatif, c'est-à-dire qu'il ne résulte pas d'un effet lié à un tirage au sort particulier de notre échantillon).

	Pourcentage	Régression logistique (n=14 998)
	Odds ratio	
<b>Sexe</b>		
Hommes (n=10 677)	2,9	1 (réf.)
Femmes (n=14 941)	7,1***	2,3***
<b>Âge</b>		
15-25 ans (n=3 648)	4,3	1 (réf.)
26-54 ans (n=14 085)	5,8	1,3
55-75 ans (n=7 885)	4,0***	1,0
<b>Épisode dépressif au cours des douze derniers mois</b>		
Non (n=15 467)	3,9	1 (réf.)
Oui (n=1 399)	17,2***	3,4***
<b>Rapports sexuels forcés</b>		
Non (n=24 835)	4,4	1 (réf.)
Oui (n=727)	31,9***	5,4***
<b>Maladie chronique</b>		
Non (n=19 366)	4,2	1 (réf.)
Oui (n=6 228)	8,1***	1,8***
<b>Pratique d'une religion</b>		
De temps en temps/Régulièrement (n=8 108)	4,1	1 (réf.)
Ne pas avoir de religion/ Ne pas pratiquer (n=17 404)	5,5***	1,5***
<b>Vos croyances personnelles donnent un sens à votre vie</b>		
Complètement/Beaucoup (n=5 517)	5,0	1 (réf.)
Modérément/Un peu (n=6 332)	4,3	0,8*
Pas du tout (n=5 124)	5,4*	1,0

Significativité : \* : p < 0,05; \*\*\* : p < 0,001 ; n : effectif.

Dans notre enquête<sup>2</sup>, 59 % des personnes disent avoir une religion à 83 % catholique, 10 % musulmane, 3 % protestante et 1 % juïdique. Parmi les personnes déclarant une religion, 45 % ne la pratiquent pas, 39 % la pratiquent de temps en temps et 16 % la pratiquent régulièrement. La question « Vos croyances (convictions) personnelles

donnent-elles un sens à votre vie ? » (pas du tout/un peu/modérément/beaucoup/complètement) sera également mise à l'épreuve dans l'analyse des tentatives de suicide. Ces dernières seront identifiées à partir de la question : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » (oui/non/non réponse).

Outre la pratique religieuse et l'intensité des croyances personnelles, nous introduirons dans l'équation d'autres variables dont il est par ailleurs connu qu'elles sont associées à des déclarations de tentatives de suicide plus fréquentes (épisodes dépressifs, rapports sexuels forcés et maladies chroniques); ceci afin d'éviter qu'une ou plusieurs de ces caractéristiques ne soient présentes en plus grand nombre dans l'un des deux groupes étudiés (pas de religion et religion non pratiquée *versus* religion pratiquée de temps en temps et religion pratiquée régulièrement). L'analyse statistique dite multivariée est résumée dans le tableau ci-contre.

En tenant compte de l'aspect déclaratif et transversal (l'enchaînement temporel entre la pratique et la tentative de suicide n'est pas connu) de cette enquête, il apparaît que la pratique d'une religion joue un rôle protecteur, au sens statistique du terme, à l'égard des tentatives de suicide déclarées : les personnes déclarant ne pas pratiquer de religion ou ne pas avoir de religion sont significativement plus nombreuses à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (ORa = 1,5; p < 0,001). En revanche, le fait de déclarer que ses croyances (ou convictions) personnelles donnent un sens à sa vie n'est pas associé à une fréquence moindre de déclaration de tentative de suicide au cours de la vie.

Enfin, parmi les autres résultats de ce Baromètre, il est à noter qu'une analyse multivariée selon le sexe du répondant indique que les hommes ne pratiquant pas ou n'ayant pas de religion sont plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (ORa = 1,9; p < 0,001) que les femmes (ORa = 1,4; p < 0,001); la religion pourrait donc avoir un rôle plus protecteur pour les hommes que pour les femmes.

**Philippe Guilbert**

Directeur adjoint des affaires scientifiques,

**Christophe Léon**

Chargé d'études et de recherche,

INPES.

1. À l'exception du sbintoïsme, du bouddhisme japonais, ou de quelques autres.

2. Enquête aléatoire par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population parlant le français, âgée de 12 à 75 ans.



# Regard sur certaines pratiques de soins au Brésil: que peut faire l'éducateur pour la santé ?

**Au Brésil, le mouvement religieux « spirite », fondé sur la réincarnation, est intégré, dans certains hôpitaux ou dans des structures de soins parallèles, aux processus de soins, via des médiums qui interviennent en complément de la médecine curative. Ce mouvement rassemble plusieurs millions de Brésiliens, plutôt issus des classes moyennes et supérieures. Comment l'éducateur pour la santé peut-il se positionner par rapport aux personnes qui partagent certaines de ces croyances ? Stéphane Tessier, médecin de santé publique, apporte des éléments d'analyse et des pistes de réponse.**

Penser le religieux et la santé, c'est aussi penser les imaginaires à l'œuvre dans les systèmes de cure (au sens de soins) et dans les processus de guérison. Percevoir un message de santé, une idée ou une représentation, c'est l'intégrer dans son corpus de représentations personnelles où prolifère un imaginaire parfois exubérant. C'est le cas au Brésil où beaucoup d'études ont été produites autour des religions afro-américaines. En revanche, ce qui est moins connu, c'est que le mouvement spirite (voir définition ci-dessous) y fait actuellement de très nombreux adeptes parmi les classes moyennes aisées. Ce système explicatif, initié au XIX<sup>e</sup> siècle par un Français, Alan Kardec<sup>1</sup>, va bien au-delà des pittoresques tables tournantes. Il est en effet fondé sur le principe de la réincarnation qui, bien que ne laissant pas de souvenir d'une vie à l'autre, peut néanmoins y laisser des traces, et sur son corollaire, l'errance des âmes entre mort et naissance. Tout se joue en effet dans cet espace intermédiaire où les esprits « désincarnés » (dans ce système, on ne « meurt » jamais mais on tentera néanmoins à toutes forces d'éviter l'ultime incarnation) peuvent venir interférer avec la vie terrestre en bien ou en mal. Omniscients et omnipotents pour les plus grands d'entre eux, ces esprits ont connaissance des vies antérieures des humains. Or, dans ce système de pen-

sée, la cause des pathologies ou souffrances vécues ici et maintenant peut se trouver dans ces vies antérieures.

## Un traitement spirite

Nous avons pu étudier en 2008 un « hôpital » entièrement centré sur cette conception au Brésil (1). Certains esprits de médecins désincarnés s'y expriment par le truchement de médiums et ordonnent des « traitements ». À heures fixes, les esprits pédiatres consultent, les esprits chirurgiens opèrent, les esprits docteurs « doctent », grâce à des médiums sans compétence particulière, en l'occurrence dans cet « hôpital » mécanicien et paysagiste. Le théâtre d'ombres ainsi constitué se peuple de figures historiques qui font référence, symboles très parlants. Les esprits médecins sont des anciens nazis dont les âmes viennent se racheter de leurs crimes (on sait l'ambiguïté de l'après-guerre au Brésil et en Argentine qui accueillirent de nombreux nazis). Mais d'autres figures circulent au gré des conflits psychiques ou des besoins de symboles. L'hindou avec une pierre sur le front côtoie le vieil esclave noir, chacun représentant des fonctions bien précises, de sagesse pour le premier, de compassion bienveillante pour le second.

La généalogie se trouve aussi mythifiée, chacun se créant ou se voyant

attribuer par le médium des incarnations fameuses dans le passé, plus ou moins glorieuses ou encaillées selon les besoins. D'aucuns se décrivent ainsi réincarner l'esprit de Néron, de Pythagore, de Michel-Ange...

## Au quotidien de l'éducation pour la santé

Le mouvement spirite n'est cependant pas un épiphénomène et son analyse peut permettre de s'interroger sur le rôle de l'éducation pour la santé au regard de réflexions de ce type. Numériquement d'abord, il concerne une fraction importante de la population aisée et moyenne brésilienne avec plusieurs millions de sympathisants et de pratiquants parmi lesquels de très nombreux dirigeants, juristes, scientifiques, médecins, etc. Ensuite, il structure toute une offre de soins, parfois parallèle, parfois inscrite dans la médecine scientifique comme l'hôpital HEAL de Belo Horizonte. Cet établissement tout à fait conventionnel et performant a mis en place un département spirite qui vient en support aux actions allopathiques. Enfin, cette philosophie est aussi présente de ce côté-ci de l'Atlantique. Le 2<sup>nd</sup> congrès francophone de médecine spirite (24 et 25 octobre 2009) devait, au départ, se dérouler au sein d'un campus universitaire français pour « donner une image de sérieux du mouvement spirite » mais finalement s'est



contenté d'un hôtel (2). Surtout, ce système de pensée interpelle l'éducateur pour la santé de multiples façons: la projection dans un imaginaire qui n'est pas partagé, scientifique pour l'éducateur, «mystico-irrationnel» en face, est source de malentendu profond.

Quel registre de prévention – *a fortiori* au regard de la charte d'éthique des comités d'éducation pour la santé – peut-on mobiliser lorsque la théorie à laquelle l'éducateur est confronté, est que toute maladie d'aujourd'hui est le résultat des péchés commis dans une des vies antérieures? Le refuge dans un fatalisme passif ne favorise pas la communication. Ce retrait peut même s'étendre à l'éducateur qui considère à juste titre que contraindre les publics n'est pas véritablement de son ressort. D'autant que, assez généralement, les sympathisants du spiritisme ne se recrutent pas parmi les populations en situation de précarité, et leurs besoins d'information semblent relativement moins importants. En outre, cette explication, si elle peut jouer un rôle déculpabilisant en remettant les causes du mal d'aujourd'hui à un en-deçà de la vie présente, renvoie aussi une notion très fortement normative des comportements «souhaitables».

La promotion de la santé qui considère l'individu comme autonome, libre

et responsable est ici en porte-à-faux et son discours peut vite être interprété, voire instrumentalisé, par les personnes qui le pratiquent, comme étant de l'ordre de la normalisation, de la stigmatisation et de la culpabilisation, au corps défendant de l'éducateur.

Enfin, un autre piège est aussi tentant, celui de considérer ces affirmations comme des élucubrations témoignant d'un déséquilibre mental qui n'est plus du ressort de l'éducateur, mais du psychiatre. Or, ce système explicatif relève d'une croyance mystique comme une autre. À quel titre certains dogmes religieux témoigneraient-ils d'une meilleure santé mentale que d'autres? On n'en citera aucun afin de ne froisser personne mais nous avons tous en tête certaines affirmations dogmatiques qui semblent bien irréelles et qui font, du reste, l'objet de controverses infinies.

### Ne pas baisser les bras

Pour autant, l'éducateur pour la santé se doit, toujours s'il respecte sa charte d'éthique, de donner aux personnes les informations appropriables qui leur permettront de se construire une vie en santé. Il lui est interdit de baisser les bras devant tant d'étrangeté, tout en respectant l'équilibre qu'elle représente pour ses interlocuteurs. Doit-il ainsi rentrer un tant soit peu

dans la doctrine de son interlocuteur, ne serait-ce que pour en comprendre les ressorts? Mission impossible pour de multiples raisons, la première étant l'immensité vertigineuse de la diversité des croyances, que personne ne peut prétendre connaître, une autre étant le risque de courir à sa propre perte en finissant par ne plus percevoir la limite entre imaginaire et réel, redoutablement floue dans de tels contextes.

La seule posture envisageable est de trouver les angles d'approche, les discours, les attitudes qui soient compatibles avec les différents systèmes de référence, même dans les imaginaires les plus extravagants en apparence. Vaste programme mais qui s'impose à tous les niveaux d'intervention comme le démontre cet exemple brésilien.

Sachons projeter aussi nos interventions, actions, discours, images dès le moment de leur élaboration, au sein de ces imaginaires étranges, pour tenter d'anticiper leur acceptabilité et leurs possibles interprétations fantasques. Cette anticipation est une gymnastique intellectuelle certaine mais qui peut prémunir de certaines surprises désagréables et, on le sait, la prévention vaut toujours mieux que la cure.

**Stéphane Tessier**

Médecin de santé publique,  
Regards<sup>2</sup>, Paris.

1. Il serait difficile de faire une bibliographie de cet ésotérisme, tant la production est vaste. Le lecteur peut de lui-même tenter d'explorer Internet avec son moteur de recherche favori.

2. Pour en savoir plus sur l'association Regards : <http://dautresregards.free.fr>

## ► Références bibliographiques

(1) Tessier S. dir. *Familles et institutions: cultures, identités et imaginaires*. Paris: Érès, coll. Pratiques du champ social, 2009: 318 p.

(2) <http://www.spiritisme.org/> Le 10 octobre 2009, on trouvait encore l'annonce pour la localisation à l'université Paul-Sabatier de Toulouse: <http://www.stellarsonoris.com/t715-Second-congres-de-medecine-et-spiritualite-a-Toulouse.htm>

# Le vaccin et le religieux en République islamique d'Iran : une lecture anthropologique

**Pourquoi, en dépit des changements fondamentaux qu'a connus l'Iran au cours des dernières décennies, les politiques de vaccination ont-elles connu un succès sans discontinuer ? Et quelle est la part du religieux dans ce succès ? L'anthropologue Laurence Kotobi a enquêté pendant plusieurs années sur place au milieu de la décennie 1990. Elle a observé que ce n'est pas le facteur religieux ou/et culturel qui a été déterminant, et qu'il convient donc de se méfier de toute posture culturaliste. C'est la conjonction de représentations et de faits sociaux, politiques et économiques qui expliquent cette situation particulière.**

Nous nous proposons de présenter ici notre travail de thèse en sciences sociales, mené en République islamique d'Iran entre 1989 et 1993, afin d'illustrer tant la difficulté que rencontrent parfois les sciences sociales à devenir une ressource pour les acteurs institutionnels du champ sanitaire que la question du croisement entre le religieux et la santé, posée dans ce dossier. Cette recherche immersive portait sur les représentations de la vaccination infantile, abordées par une enquête de terrain, conjuguant une recherche documentaire, des observations participantes et des entretiens ouverts et semi-directifs auprès de femmes iraniennes de la capitale et d'une région rurale au centre du pays (région d'Ispahan) (1).

Mené de notre propre initiative, ce long travail d'investigation ne répondait à aucune commande spécifique, ce qui nous a laissés libres de faire émerger un questionnement central, au fur et à mesure de son avancement. À savoir : comment, au cours des années 1990, cette technique de prévention moderne, posée comme incontournable à l'échelle mondiale, était-elle perçue, vécue, utilisée, dans un pays du sud qui a connu un changement

social de modernisation rapide et un renversement politique récent (la révolution iranienne a instauré en 1979 une République islamique). La vaccination et/ou son institution pastorienne (l'Institut Pasteur de Téhéran a vu le jour en 1921) ont-elles ou non fait l'objet d'un choix religieux (sous l'effet de *fatwa* par exemple du guide suprême de la Révolution), au même titre que certaines pratiques qui, dès l'instauration de la jeune république islamique, ont été discutées en société (l'usage de la télévision, le port du costume occidental, etc.) ?

## Éléments de contexte

Une partie de notre recherche a consisté à reconstituer un historique de la technique et de son introduction en Perse Qâdjâre, dès 1804, par un chirurgien britannique, soit avant la découverte pastorienne. Le modèle jennérien de l'inoculation a ainsi été diffusé sur le territoire par l'intermédiaire de médecins étrangers et a d'ailleurs contribué à transformer l'exercice médical savant et son enseignement, dès 1900.

L'émergence d'un système de santé publique, organisé sur le modèle hygiéniste pastorien au cours du XX<sup>e</sup> siècle, s'est accompagnée d'une réorganisation

parallèle des autres traditions médicales locales – telle la médecine Yunânie, ou encore celle du Prophète – ancrée notamment par les médecins et philosophes classiques du Moyen-Âge arabomusulman qu'étaient Rhazès et Avicenne, tous deux d'origine persane... Or, c'est grâce à ce détour anthropologique que le sens de certaines pratiques relevées dans l'enquête a pu être interprété et replacé dans cette histoire locale. Ainsi, certaines femmes rurales parmi les plus âgées de l'échantillon d'enquête comparaient spontanément la vaccination et son modèle préventif sous-jacent (qui consiste ici à agir sur le corps pour se protéger avant que la maladie survienne) aux techniques vétérinaires inoculatoires qu'elles utilisaient jusqu'à il y a une vingtaine d'années pour protéger leur troupeau de chèvres et de moutons. Une fois l'effet protecteur constaté, la technique (même artisanale) était donc utilisée. De même, la crainte d'avoir vu leurs fils recensés lors de campagnes vaccinales effectuées par l'armée du souverain Mohammad Rézâ Shâh, dans le cadre de la révolution blanche instaurée en 1962, a également été exprimée au cours des entretiens. Cette modernisation autoritaire du pays qui a amené l'Iran pétrolier à devenir «le gardarme



du Golfe persique» au moment de la crise pétrolière de 1974 semble avoir eu parfois l'effet inverse que celui recherché par le monarque. Et les criantes inégalités qui caractérisaient alors les secteurs économique, agricole mais aussi sanitaire et éducatif de la société iranienne à la fin des années 1970 ont constitué le terreau du renversement politique de 1979, mené notamment sous la conduite de l'Ayatollah Khomeiny, opposant exilé.

### Résultats inattendus

Comment expliquer la très bonne acceptabilité des vaccinations infantiles, instaurées dans le cadre du Programme élargi des vaccinations local sous l'impulsion du ministère de la Santé en 1984 ? À la grande surprise des observateurs internationaux sanitaires, la République islamique d'Iran est en effet arrivée dès 1991 au 4<sup>e</sup> rang mondial des pays les mieux vaccinés, en présentant des taux de couverture vaccinale infantile et maternelle supérieurs à 90 %, alors qu'elle partait de taux inférieurs ou proches de 40 % quelques années auparavant.

Au vu de notre recherche, ce résultat inattendu peut s'expliquer par plusieurs facteurs, parmi lesquels figurent des éléments d'ordre religieux, mais pas seulement. D'une part, dès le début

des années 1980, l'office révolutionnaire de mobilisation pour la reconstruction du pays (*Djihad Sâzandegui*), transformé par la suite en ministère, a œuvré dans la construction de routes, d'accès à l'eau potable, ainsi qu'à l'électrification du pays, jusque dans les provinces les plus reculées. De ce fait, un quadrillage sanitaire de l'ensemble du territoire a été réalisé sur le modèle des soins de santé primaire, dès 1984, permettant aux zones rurales d'accéder à des structures de santé de proximité. Les vaccins, dont le transport nécessite le maintien d'une chaîne du froid, ont ainsi bénéficié de cette logistique pour être diffusés lors des campagnes nationales de vaccination, organisées dès 1988. Peu à peu, l'État iranien s'est trouvé devant le dilemme de devoir gérer en autarcie (du fait du blocus économique en vigueur depuis la Révolution) la bonne santé d'une population infantile croissante, suite au baby boom qui a accompagné en Iran les années de guerre contre l'Irak (1979-1988). Il a dû ainsi maîtriser ses dépenses inhérentes à l'importation de produits indispensables issus de l'industrie pharmaceutique mondialisée. Ce qui explique l'accent mis sur la production locale de vaccins, à partir des Instituts scientifiques présents (Instituts Pasteur et Râzi). En outre, face à la forte mortalité enregistrée dans le pays suite à la Révo-

lution et à la guerre, les femmes enquêtées ont exprimé la nécessité de préserver la santé de leurs enfants, presque comme un devoir (*vazifé*). Or, ce devoir était semble-t-il ressenti davantage envers la nation iranienne, sentie en danger, qu'envers la *Umma* (communauté des croyants)<sup>1</sup>. Elles n'hésitaient d'ailleurs pas à déployer différentes stratégies pour recourir à la fois aux fruits de la science (accès aux médicaments, aux vaccins, etc.) et aux dispositifs sanitaires mis à disposition (système de santé pyramidal, campagnes de vaccinations). Cette conception du devoir n'excluait pas chez certaines femmes la revendication claire d'un droit à la santé, considérée comme socialement légitime, qui a sans doute aussi contribué à favoriser le recours aux produits et aux services de santé disponibles officiellement ou au marché noir (pour les laits maternisés ou pour certains médicaments) (2). Parallèlement, dans les pratiques de maternage que nous avons pu observer, les femmes (de tous milieux) avaient également recours à des techniques de protection/prévention inscrites dans des registres plus traditionnels (esthétiques ou magico-religieux). Des amulettes attachées au corps de jeunes enfants ou la fumigation d'encens ou de rue (*esfand*) contre le mauvais œil en étaient des exemples courants, tandis que les mères rejetaient la superstition (*khorâfât*) comme des pratiques d'un autre âge. Les maladies contre lesquelles les enfants étaient vaccinés donnaient d'ailleurs lieu à des représentations populaires différentes : la rougeole (*sorxak*) était particulièrement crainte et son vaccin injectable qui provoquait parfois un épisode réactif d'érythème était – du coup – interprété comme ne pouvant prévenir cette maladie grave, mais seulement «l'atténuer». Redoutée pour le handicap visible qu'elle procure, la polio était prévenue dans le programme élargi des vaccinations iranien par un vaccin buvable qui, dans l'enquête, a souvent été associé aux fortifiants tels que la vitamine D donnée aux enfants sous forme de gouttes. Ce vaccin, parmi les mieux acceptés, a d'ailleurs été considéré par certaines mères comme «procurant la santé», presque à l'instar d'une potion magique. Enfin, parmi les interprétations plus strictement religieuses, l'idée que «*tout est entre les mains de Dieu*» était parfois évoquée et les mala-

dies ou les accidents étaient lus comme des épreuves à traverser ou comme des signes de Dieu, qui en détient aussi le remède. En observant les pratiques courantes de dons à la collectivité, par l'intermédiaire d'une soupe (*âsb*) ou d'un dessert (*balvâ*) offert au voisinage au moment d'un vœu ou par le *sadaqeb*, aumône religieuse volontaire donnée au nécessiteux pour écarter un danger, la démarche préventive du vaccin nous a paru s'insérer aisément dans ces gestes familiers. Ainsi, la pratique du *sadaqeb* qui diffère de la *zakât*, aumône légale obligatoire (constituant l'une des cinq obligations religieuses de l'Islam) conjugait une dimension de «garantie multirisques» à une participation collective à la solidarité, dans la voie divine. En aidant un autre, même de façon minimale, l'individu s'attire les faveurs de Dieu (3).

Une lecture sous le seul angle du religieux aurait sans doute appauvri ou biaisé la compréhension de ce qui s'est joué en Iran révolutionnaire, notamment au niveau des acteurs concernés. En s'emparant de la vaccination de leurs enfants, certaines femmes urbaines n'ont pas hésité à traverser à chaque fois toute la capitale pour consulter un pédiatre renommé, et ont par ce moyen justifié une autonomie de déplacement ou revendiqué le meilleur pour leur enfant au sein de leur propre famille... Plus globalement, les femmes iraniennes ont vu leur taux de fécondité chuter «de plus de 6 enfants par femme au milieu des années 1980 à 2,1 en 2000» (4). Or, cette baisse rapide de la fécondité s'est opérée, elle aussi, à l'insu et au grand étonnement des analyses et prévisions démographiques mondiales qui concernaient ce pays musulman émergent. En dépit d'une politique nataliste gouvernementale déployée au début de la guerre Irak-Iran et d'un encouragement des instances religieuses à regonfler la nation, ce fait social semble exprimer tant la réaction des autorités que celle des ménages et des femmes à contrôler les naissances au sein des couples, au nom d'une rationalité moderniste et d'un pragmatisme certain, dans une situation socio-économique pour le moins difficile (5). Les enquêtes démographiques menées sur le territoire iranien ont ainsi dévoilé que le nouvel idéal des années 2000 se situait autour de «deux enfants en bonne santé»...

## L'analyse anthropologique

Dans le champ de la santé, les sciences sociales et plus particulièrement l'anthropologie sont convoquées le plus souvent en vue d'explicitier les «obstacles» et les limites que rencontre la biomédecine face à certaines populations, cultures ou pratiques religieuses. Et les explications attendues – parfois sous la forme de réponses clés en main, ou du moins généralisables – concernent les termes du questionnement tel qu'il a été formulé par les commanditaires (institutions de santé, organismes internationaux) au détriment parfois de l'étude approfondie des contextes, chère à ces disciplines.

Or, l'un des effets perçus de cette difficile rencontre réside dans la dérive culturaliste qui préside fréquemment à l'analyse des faits ainsi présentés. Dans ses différents travaux (1), Didier Fassin a montré que ce type d'analyse tend à favoriser une lecture des enquêtes en termes d'explications culturelles au détriment d'autres facteurs tangibles tels que les conditions économiques d'accès aux soins, les politiques sanitaires et sociales ou encore le cadrage juridique. Mais la posture culturaliste consiste également en termes méthodologiques à poser des questions concrètes à une discipline, sans toutefois lui donner les moyens de recourir à sa propre démarche qui, en anthropologie, conjugue temps, immersion dans le milieu et outils qualitatifs d'observations. Ce qui explique en partie le décalage qui semble être à l'œuvre dans les pratiques de collaboration entre acteurs des sciences sociales et acteurs de la santé, opposant souvent les calendriers serrés des commandes ciblées à visée opérationnelle et la production de données et d'analyses qualitatives, pas toujours utilisables dans l'immédiat des programmes ou des dispositifs prévus ou en cours de réalisation. Pourtant, ce temps de la rencontre serait à reconsidérer, de part et d'autre, pour conjuguer un regard commun, co-construit, incluant jusqu'à la participation des populations ou publics.

L. K.

(1) Fassin D. *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris : Karthala, coll. Hommes et sociétés : sciences économiques et politiques, 2000 : 346 p. et Dozon J.-P., Fassin D. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland, coll. Voix et regards, 2001 : 362 p.

Ce type de travaux au long cours montre que si elles sont présentes, ce ne sont pas uniquement des conceptions religieuses ou culturelles mais la conjonction de configurations sociales, politiques et économiques particulières qui ont probablement agi sur les comportements d'adhésion voire d'appropriation du vaccin (ou de la contraception) observés dans ce pays.

**Laurence Kotobi**

Maître de conférence en anthropologie,  
Université Victor-Segalen – Bordeaux 2.

1. La notion de Umma indique en Islam (et dans le Coran) la dimension d'unité religieuse qui unit l'ensemble des musulmans. Dans notre enquête, aucune allusion à une obligation religieuse prescrite (vazifé-yé shar'i) n'a été faite, malgré la déclaration effectuée en ces termes en 1990 par le Guide de la Révolution, l'Ayatollah Ali Khamenei, lors d'une interview télévisée alors qu'il visitait un dispensaire rural. Or, dans la jurisprudence shiite, cette déclaration engage en principe les croyants à suivre cette instruction de manière obligatoire.

## ► Références bibliographiques

- (1) Kotobi L. *Le vaccin et le Sadaqeb. Étude des représentations de la vaccination infantile en Iran d'aujourd'hui*. Thèse de doctorat en sciences sociales, Université Paris V – René Descartes, 1995.
- (2) Yavari d'Hellencourt N. dir. *Les femmes en Iran. Pressions sociales et stratégies identitaires*. Paris : L'Harmattan, 1998 : 234 p.
- (3) Kotobi L. Approche socio-anthropologique de la vaccination : l'exemple iranien. In : Moulin A.-M. *L'aventure de la vaccination*. Paris : Fayard, coll. Divers histoires, 1996 : p. 390-408.
- (4) Jalal Abbasi-Shavazi M. La fécondité en Iran : l'autre révolution. *Population & société*, 2001, n° 373 : p. 1.
- (5) Cf. les travaux de M. Ladier-Fouladi sur l'exemple iranien de la transition démographique et *Les femmes iraniennes entre Islam, État et famille* d'A. Kian-Thiébaud. Paris : Maisonneuve & Larose, 2002.

# Pour en savoir plus

La bibliographie présentée dans cette rubrique propose plusieurs entrées illustrant des thématiques des articles de ce dossier. Elle ne vise cependant pas, tout comme le dossier, à privilégier telle ou telle pratique en lien avec une religion ou un courant religieux particulier mais bien à donner une perspective générale à cette question. Tout d'abord, des références généralistes sur la place des croyances et des religions dans le champ de la santé et des sciences humaines, ensuite des références liées à des thèmes de santé spécifiques et, enfin, des références sur la place de la religion dans le processus de soins.

Les adresses des sites Internet ont été consultées le 01/03/2010.

## ► Histoire

• Lenoir F., Tardan-Masquelier Y. dir. *L'encyclopédie des religions* (2 t.). Paris : Fayard, format compact, 2000 : 2 512 p.

## ► Religion, croyances et santé

- Ariès P. *Les sectes à l'assaut de la santé, le pluralisme thérapeutique en danger*. Villeurbanne : Éditions Golias, Les dossiers de Golias, juin 2000 : 123 p.
- Bégot A.-C. Guérison spirituelle et médecine au tournant du XIX<sup>e</sup> et du XX<sup>e</sup> siècles. *Recherches sociologiques*, 1998, n° 2 : p. 65-80.
- Chatters L.M., Levin J.S., Ellison C.G. Public

health and health education in faith communities. *Health Education & Behavior*, 1998, vol. 25, n° 6 : p. 689-699.

• Clarkson M., Pica L., Lacombe H. Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire (chapitre 29). In: *Enquête sociale et de santé Québec 1998*. Québec : Institut de la statistique du Québec, coll. La santé et le bien-être, 2002 : p. 603-625.

• Carricaburu D., Ménoret M. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, 2004 : 240 p.

• Deaton A.S. *Aging, religion, and health*. National Bureau of Economic Research (NBER), Cambridge (MA, États-Unis), NBER Working Paper Series n° 15271, 2009 : 40 p.

• Dericquebourg R. *Croire et guérir. Quatre religions de guérison*. Paris : Dervy, 2001 : 193 p.



• Dericquebourg R. Mystagogie et religions de guérison : Max Weber revisité. *Archives de sciences sociales des religions*, 2001, n° 113. En ligne : <http://assr.revues.org/index20196.html>

• Drielsma P. Spiritualité et santé. *Santé conjugée*, 2007, n° 39 : p. 56-64.

• Durkheim É. *Le suicide*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2007 (1<sup>ère</sup> éd. 1897) : 512 p.

• Ellisin C.G., Levin J.S. The religion-health connection : evidence theory and future direction. *Health Education & Behavior*, vol. 25, n° 6 : p. 700-720.

• Fainzang S. *Pour une anthropologie de la maladie en France*. Paris : EHESS, coll. Cahiers de l'homme, 1989 : 112 p.

• Fainzang S. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : Puf, coll. Ethnologies, Controverses, 2001 : 156 p.

• Fédération nationale des Francas, Le Grand É., coord. *Jeunes et religion. Réussir*, n° 40, avril 1999, 36 p.

• Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*, 1991, vol. 9, n°1 : p. 67-94.

• Hervieu-Léger D. *La religion en miettes ou la question des sectes*. Paris : Calmann-Lévy, 2001 : 222 p.

• Hoffman A. Science et religion : le calme après la tempête ? *Santé Conjugée*, 2007, n° 39 : p.65-71.

• Khzami S.E., Berger D., dir. Description et déterminants des conceptions des enseignants de 4 pays méditerranéens sur l'éducation à la sexualité. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 6 : p. 527-545.

## Pratiques religieuses et soins

L'hôpital doit permettre à chaque personne hospitalisée de pratiquer le culte de son choix. Il n'est d'ailleurs pas rare d'y croiser un aumônier salarié et de trouver un lieu dédié à l'exercice des différents cultes. Comme tous les professionnels de santé, les infirmières soignent chaque patient avec la même conscience, indistinctement de ses origines et de ses croyances. Cependant, les convictions religieuses ou spirituelles des patients restent des sujets difficiles à aborder. À l'origine de certains refus de soins, il est nécessaire de les repérer.

**Dossier coordonné par Isabelle Clavagnier**

- Le fait religieux, un intrus dans les établissements de santé ?
- Prendre en compte les pratiques culturelles à l'hôpital
- Un lieu multiconfessionnel dans un centre de cancérologie
- Accompagner les familles endeuillées dans le respect des rites mortuaires
- Le prélèvement sanguin, un geste quotidien chargé de sens



**La revue de l'infirmière - vol. 58 - n° 156**  
décembre 2009 – Elsevier Masson  
<http://www.em-consulte.com/revue/revinf>

- Lautman F., Maître J. dir. *Gestions religieuses de la santé*. Paris: L'Harmattan, coll. Santé, sociétés et cultures, 1995: 330 p.
- Lévy I. Prise en compte de la dimension spirituelle et religieuse dans le traitement infirmier. *Migrations santé*, 2000, n° 104: p. 5-12.
- Masse R., Benoist J. dir. *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris: Karthala, coll. Médecines du monde, 2002: 496 p.
- Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes). *Rapport au Premier Ministre 2008*. Paris: La Documentation française, 2008: 200 p. Cette année, le rapport est construit autour d'un dossier central consacré au « risque santé » et plus particulièrement aux dérives pouvant être rattachées aux pratiques non conventionnelles à visée psychothérapeutique. En ligne: [http://www.miviludes.gouv.fr/IMG/pdf/Miviludes\\_Rapport\\_2008-2.pdf](http://www.miviludes.gouv.fr/IMG/pdf/Miviludes_Rapport_2008-2.pdf)
- Quelle place pour la spiritualité dans les soins? *Ethica Clinica*, 2006, n° 44: 83 p.

## ► Problématique de santé et religion

- Ashby Wills T., Yaeger Alison M., Sandy J.M. Buffering effects of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of addictive behaviour*, 2003, vol. 17, n° 1: p. 24-31.
- Bégot A.-C. *La gestion du fait religieux au sein de l'institution médicale. Perspective historique et études de cas: des patients touchés par le VIH/sida et leurs médecins*. Paris: Sidaction, 2005: 191 p. En ligne: [http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/09/68/86/PDF/05\\_Rapport\\_Sidaction.pdf](http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/09/68/86/PDF/05_Rapport_Sidaction.pdf)
- Bégot A.-C. La gestion spirituelle du VIH/sida: parcours biologique et construction identitaire. *Sciences sociales et santé*, 2004, vol. 22, n° 2: p. 42-60.
- Hadj Smail B. Silence: on se suicide. *Migrations santé*, 2002, n° 113: p. 87-93.
- Jabbour S., Fouad Mohammad F. Religion-based tobacco control interventions: how should WHO proceed? *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, vol. 82, no 12: p. 923-927.
- Koenig H.G., McCullough M.E., Larson D.B. *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press, 2001: 712 p.



- Kurian M. L'éducation pour la prévention du VIH/sida. Religion et éducation pour la prévention du VIH/sida: un point de vue chrétien. *Perspectives: revue trimestrielle d'éducation comparée*, 2002, vol. 32, n° 2: p. 129-142.
- Maître J. Apports des sciences humaines à la recherche médicale sur l'anorexie mentale. *Religions et civilisations*, 2<sup>e</sup> semestre 2000, n° 21.
- Maître J. *Anorexies religieuses – anorexie mentale. Essai de psychanalyse socio-historique: De Marie de l'Incarnation à Simone Weil*. Paris: Le Cerf, coll. Sciences humaines et religions, 2000: 208 p.
- Musso S., Fanget D., Cherabi K. L'éducation pour la prévention du VIH/sida. Religion et éducation pour la prévention du VIH/sida: un point de vue arabo-musulman. *Perspectives: revue trimestrielle d'éducation comparée*, 2002, vol.32, n° 2: p. 119-127.
- Nicolov V. Religion et VIH. *Le Journal du sida*, 2001, n° 135: p. 29-31.

## ► Religion et processus de soins

- Chapuis J. L'identité dans le prisme de la maladie et des soins. In: *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Éditions Karthala, 1996: p. 35-71.
- Cordonnier J. *Sectes, religion et santé*. Marseille: Gemppi, mars 2005: 360 p.
- Durisch Gauthier N., Rossi I., Stolz J. dir. *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*. Genève: Labor et Fides, coll. Religions et modernités, 2007: 144 p.
- Fontaine M. Santé, guérison, spiritualité et salut: une connivence à découvrir ou à redécouvrir. *Soins infirmiers*, 2007, vol. 3: p. 40-44.
- Lévy I. *Soins, cultures et croyances: guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Paris: Estem, 2008: 260 p.
- Lévy I. *La religion à l'hôpital. Laïcité et respect du culte. Refus des soins. Interdits alimentaires. Rites funéraires*. Paris: Presse de la Renaissance, 2004: 330 p.
- Lévy I. *Soins et croyances*. Paris: Estem, 1999: 222 p.

**Sandra Kerzanet**  
Documentaliste à l'INPES.



## Revue Sociologie santé

### DOSSIER ISLAMS ET SANTÉ

- Éditorial
- Islams et santé: un panorama contemporain  
Laurence KOTOBI
- L'impact de la religion sur la mise en œuvre du droit à la santé: le cas de la Tunisie  
Amel AOUIJ MRAD
- Les guérisseurs: les raisons d'une légitimité en Tunisie  
Ridha ABDMOULEH
- Se guérir par les médicaments en Égypte, entre devoir sacré et réalité socio-économique  
Mathilde L'HOUR
- Dynamiques sociales et historiques des soins médicaux au Cameroun  
Estelle KOUOKAM MAGNE
- Ramadhan et alimentation: le cas des femmes diabétiques à Oran (Algérie)  
Ouassila SALEMI
- La société égyptienne au risque de la grippe aviaire, ou une pandémie au quotidien  
Anne Marie MOULIN et Saadia RADJ
- Comment les migrants maliens gèrent leur quotidien en France?  
Carolyn F. SARGENT et Dorra Mameri-CHAAMBI
- Conceptions et pratiques de santé en Islam de France. Entretien avec deux imams bordelais  
Laurence KOTOBI
- L'insuffisance en lait maternel comme expression possible d'un mal-être en Afghanistan  
Cécile BIZOUERNE et Odile REVEYRAND-COULON
- Entre Islam et traditions. L'interdit de la virginité féminine et ses contournements (Maroc)  
Isabelle CHARPENTIER
- Recueil de sperme et pratiques gynécologiques dans le cadre des PMA (Égypte/France)  
Corinne FORTIER

### DOCUMENTS

- Les règles du mariage musulman et la médecine moderne  
Fateh-Eddine BOUMENDJEL
- Des femmes d'Afrique montent sur scène pour parler de leur vie et de leur santé  
Anne Lind PERRUCON interviewée par Anne-Marie Moulin
- Les soins de santé face aux défis de la diversité: le cas des patients musulmans  
Carine VASSART

[sociologie\\_sante\\_commandes@yahoo.fr](mailto:sociologie_sante_commandes@yahoo.fr)  
n° 31 - mars 2010 - 37 € - TTC port compris

Entretien avec France Lert, directrice de recherche à l'Inserm et codirectrice<sup>1</sup> de la mission pilote du rapport « Réduction des risques sexuels »

## « Ne pas remettre en cause le modèle de prévention mais le développer »

À la demande du ministère de la Santé, Gilles Pialoux et France Lert ont rendu un rapport sur la « Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST ». Rédigé à partir d'auditions de cliniciens et d'associations, et rendu public en novembre 2009, ce travail dresse un état des lieux et formule quatre-vingt seize recommandations, autant de pistes de prévention et d'action pour le prochain programme pluriannuel VIH-sida. France Lert, que nous avons rencontrée, souligne la priorité concernant le groupe des homosexuels masculins qu'il convient de mieux écouter et d'accompagner, et la nécessité de développer la « prévention positive », c'est-à-dire une éducation thérapeutique adaptée aux besoins spécifiques des populations concernées.

### La Santé de l'homme : Pouvez-vous nous rappeler, succinctement, les débats qui dominaient au moment du lancement de cette mission conjointe avec Gilles Pialoux ?

**France Lert :** En avril 2009, date à laquelle Didier Houssin, directeur général de la santé, nous a confié le soin de mener cette mission « pilote », les stratégies de prévention, notamment celles imaginées en direction des groupes à risques, étaient toujours des sujets de discussion. Rappelons aussi que certains thèmes portent, depuis plus de quinze ans, des interrogations non résolues. Je pense à la question des rapports oraux-génitaux par exemple. La communauté scientifique, pourtant saisie à travers une mission de l'ANRS dans la première moitié des années 1990, n'a jamais réussi à terminer son travail. Les données ne permettaient pas de conclure, d'une part, et, d'autre part, les experts n'arrivaient pas à se mettre d'accord. Ces situations de connaissances incertaines ou de méthodes qui sont incomplètement

protectrices, étaient également couplées à une querelle associative qui ne s'est d'ailleurs jamais réellement éteinte. Dans les années 2000, l'association Aides diffuse des messages auprès des homosexuels ayant des comportements à hauts risques. Ces messages suscitent une controverse très forte avec Act Up. Nous observions, à partir des enquêtes de terrain et des données épidémiologiques, une baisse de l'utilisation du préservatif chez les homosexuels masculins et une recherche de stratégie permettant de l'utiliser dans certaines circonstances. Nous étions au cœur de la problématique du risque.

### S. H. : Pourquoi avez-vous été choisis pour mener cette mission ?

La Haute Autorité de santé aurait pu être missionnée car elle avait déjà à traiter la question du dépistage du VIH. Les autorités sanitaires auraient pu également demander une expertise collective à l'Inserm. Dans les deux cas, ce sont des procédures longues. Je pense que nos profils sont assez complémen-

taires : Gilles Pialoux, par sa pratique, son expérience clinique très ancienne et son implication dans la recherche, moi, dans la prévention et dans la recherche en santé publique et aussi un passage à la direction générale de la Santé. L'avantage, je crois, c'est qu'ils ne choisissaient pas une institution mais deux personnes. Compte tenu des difficultés inhérentes à la question de la réduction des risques sexuels, nous étions assez d'accord pour être dans la forme d'une expertise un peu informelle nous donnant une certaine liberté, à la fois par rapport aux institutions qui n'arrivaient pas à se sortir des difficultés, mais aussi par rapport aux acteurs du champ dont nous savions qu'ils ne tomberaient jamais d'accord. Avec Gilles Pialoux, nous avons considéré que nous pouvions prendre le risque d'accepter cette mission parce qu'il nous semblait que nous avions des choses à dire, qu'il y avait suffisamment d'éléments pour avancer et aussi parce que nous sommes dans une situation épidémiologique où nous pouvons encore faire des progrès.



## S. H. : Comment avez-vous conduit votre mission ?

Nous avons décidé de ne pas constituer un grand groupe de travail qui auditionnerait des gens et qui se réunirait de façon fréquente. Sur le papier, la construction d'un groupe multidisciplinaire avec des gens sélectionnés est une chose facile à faire. Mais, en pratique, nous savons que nous nous retrouverions à la fin avec des personnes qui ne sont pas « les plus expertes » et que le collectif construit ne fonctionnerait pas. De plus, nous savons que le pool des scientifiques et associatifs dans lequel nous pouvons puiser est assez limité et que les gens sont suroccupés. Nous avons donc décidé de travailler à partir des données de la littérature en sachant qu'il existait, d'une part, sur les points à discuter, des résultats très récents, donc ne faisant pas l'objet d'un consensus, et, d'autre part, des analyses qu'il n'y avait pas de raison de recommencer. Enfin, nous allions identifier des questions clés autour desquelles nous voulions faire une grande réunion d'échanges pour recueillir les avis de quelques experts choisis de façon multidisciplinaire, pas forcément d'accord entre eux, avec la présence d'associatifs, pour avoir une vision transparente des débats.

Nous avons constitué trois ou quatre groupes, nous les avons réunis une fois durant deux heures sur des questions précises. Nous avons auditionné des personnalités pour connaître leurs attentes. Nous avons donc essayé d'allier la nécessité d'aller vite pour sortir de l'impasse, en tenant compte de la réalité de la disponibilité des acteurs et de l'impossibilité d'obtenir un consensus. Il ne s'agissait pas, selon nous, d'expertiser des données contradictoires mais de chercher jusqu'où ces données nous permettaient d'aller, et quoi faire du point de vue de l'action.

## S. H. : Quels sont les éléments dominants qui sont apparus lors de votre mission ?

Je dirais une espèce d'attente de ne pas en rester là, les uns l'exprimant comme une revendication, d'autres comme une demande latente, un souhait d'avancer à partir des données récentes. Tout le monde est insatisfait



de la situation actuelle. Un autre élément est également apparu que je résume ainsi : puisque toutes les incertitudes ne peuvent être levées mais que nous avons des éléments suffisamment convergents, rajoutons des éléments supplémentaires aux activités de prévention existantes. Il y a des choses qui fonctionnent en matière de prévention des risques. L'idée de rajouter des choses nouvelles, des éléments pour étendre la prévention et non remettre en question le modèle existant a fait progresser la réflexion. Conférence après conférence sur le sida, nous vérifions la pertinence de combattre la maladie conjointement par la prévention, le dépistage et le traitement. Un des éléments apparu lors de nos auditions est aussi de dire : ce sont les autorités sanitaires qui sont en charge de la prévention. Une évidence sans doute mais il nous a semblé que du côté des associations, du côté des cliniciens, aussi bien individuellement que collectivement, ils sont assez d'accord pour avancer ensemble.

## S. H. : Votre rapport comporte quatre-vingt seize recommandations. Quelles sont les plus importantes ?

Nous savons que la prévention est un processus continu qui intègre des

connaissances diverses provenant de différents champs et, surtout, nous avons des agents pour le faire. Ces agents sont la communauté experte du sida qui s'est constituée, qui fonctionne déjà à travers tout le pays. Il s'agit d'un petit milieu qui s'est doté d'une organisation efficace et d'une très bonne articulation entre l'expertise scientifique, clinique et associative. Des ponts sont construits. Utilisons ce qui marche pour essayer de faire entrer dans un canal d'efficacité les connaissances nouvelles. C'est une recommandation majeure. Elle est de nature institutionnelle.

Une autre recommandation est de faire conjuguer VIH et IST. Tout le monde le dit, mais nous ne savons pas comment faire. Un pan de l'action publique doit être construit. Cela veut dire quoi en réalité ? Quelles IST ? Quels dépistages ? Quels diagnostics ? Quels messages ?... Et donc quels services médicaux nous faut-il pour passer de l'incantation à la réalité de l'action ? Et puis, n'oublions pas que nous ne sommes pas en présence d'une épidémie forte en population générale. Il s'agit d'une épidémie à bas bruit. Elle doit être prise en charge par une politique de la santé sexuelle et reproductive qui doit exister en direction de la population générale.

Concernant le VIH, nous avons un certain nombre de groupes prioritaires que l'on connaît bien du point de vue épidémiologique : les homosexuels masculins, les populations migrantes originaires d'Afrique subsaharienne, les populations des départements français d'Amérique et les usagers de drogue. Pour la majorité de ces populations, nous savons quoi faire. Mais la priorité des priorités concerne le groupe des homosexuels masculins. Nous devons, encore plus que maintenant, écouter ces groupes, les accompagner, comprendre leurs modes de vie, leurs pratiques, travailler avec l'ensemble du groupe, afin d'adapter les messages au mieux des comportements. Je dois dire que c'est difficile et que, selon moi, il appartient à la communauté homo-

sexuelle de fabriquer une nouvelle idéologie autour du VIH, qui soit en cohérence avec ses attentes et ses projets et non plus de dire « nous nous contentons de la situation actuelle. »

Enfin, une autre recommandation forte concerne ce que nous appelons la prévention positive. Cela consiste à considérer que les personnes infectées par le VIH ont des besoins de santé et préventifs spécifiques qui ne se limitent pas à la seule question de la transmission du VIH. Elle concerne l'épanouissement personnel, l'accès à une vie sexuelle satisfaisante, la protection de leur partenaire, la parentalité, la question des droits, etc. Nous devons offrir des services spécifiques à cette population et nous pensons que c'est à l'hô-

pital, par l'éducation thérapeutique, de s'en occuper. Là encore, utilisons ce qui marche, ces services hospitaliers répartis sur le territoire et leurs personnels très mobilisés.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**,  
Journaliste.

1. Avec Gilles Pialoux, infectiologue, chef de service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Tenon, Paris.

#### Pour en savoir plus

Rapport en ligne : <http://www.vih.org/20100112/nouvelles-methodes-prevention-et-reduction-risques-9124>

Entretien avec le professeur Pierre-Marie Girard, chef de service, et Amina Ayouch-Boda, psychologue clinicienne, Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Saint-Antoine, Paris

## « VIH : l'approche psychothérapique demeure fondamentale »

À l'hôpital Saint-Antoine à Paris, un programme spécifique a été mis en place pour améliorer la prise en charge globale des patients atteints par le VIH. Ce dispositif pluridisciplinaire se focalise sur une approche globale « prévention, dépistage et soins ». Il se rapproche de la démarche de « prévention positive » recommandée par France Lert et Gilles Pialoux dans leur rapport pour améliorer la prévention et l'accompagnement du VIH-sida. L'un de ses axes d'intervention est la qualité de vie sexuelle et la réduction des risques. Un travail qui s'inscrit dans la durée, privilégie l'écoute et le dialogue, et démontre que l'approche psychothérapique est fondamentale.

**La Santé de l'homme : Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins de prévention spécifiques justifiant une approche globale. Le programme Orchestra Saint-Antoine mis en place depuis la fin 2004 dans votre service en est un exemple. En quoi consiste-t-il ?**

**Pierre-Marie Girard :** Le programme Orchestra Saint-Antoine<sup>1</sup> est un dispositif multidisciplinaire qui vise à améliorer la prise en charge globale des patients infectés par le VIH en agissant sur l'offre de soins, la prévention et le dépistage des comorbidités. Six axes façonnent ce programme et identifient

ce que nous appelons une approche globale « prévention, dépistage et soins » : la gestion des facteurs de risques cardio-vasculaires ; l'observance thérapeutique et la prévention des résistances aux antirétroviraux ; la qualité de vie sexuelle et la réduction des risques ; le dépistage et le suivi

gynécologique; la vaccination contre l'hépatite B; la prévention des risques liés aux voyages. L'information des patients est un des ressorts essentiels d'Orchestra, à travers un livret exposant le principe du programme, des connaissances et des indications nécessaires (par exemple soutien social, prise en charge des problèmes d'addictions, suivi psychologique, etc.).

Je voudrais attirer votre attention sur un domaine qui renvoie à la genèse d'Orchestra Saint-Antoine. Notre réflexion est partie d'un constat et d'une question: nous sommes un service de maladies infectieuses impliqué au quotidien dans le suivi et donc aussi dans le conseil de patients infectés par le VIH, susceptibles de transmettre, essentiellement au cours de leur vie sexuelle, ce virus. Comment contribuer à la réduction des risques via notre relation soignants-patients? Se préoccuper de la transmission, c'est se préoccuper de l'épidémie. C'est aussi notre responsabilité. Les patients doivent connaître notre préoccupation, et l'ensemble de l'équipe soignante, au-delà des engagements individuels, doit en être imprégnée.

### **S. H. : La thématique santé sexuelle qui est intégrée dans cette approche globale a-t-elle une particularité?**

**P.-M. G. :** Le programme ne s'est pas organisé autour d'une approche spécifique ou exclusive de la sexualité. Mais il s'est avéré très vite que cette thématique était fondamentale. L'histoire du VIH/sida est, à ce sujet, éloquent. Durant une quinzaine d'années, nous avons été très centrés sur la problématique virologique de la maladie. En 1996, au moment de l'arrivée des trithérapies réellement efficaces, d'autres questions étaient sur le devant de la scène. Certes, celles du traitement demeurent, notamment concernant sa gestion et la prévention des effets secondaires et des échappements thérapeutiques, mais, progressivement durant les consultations, nous passons plus de temps à parler de problématiques touchant à la qualité de vie. Si je prends l'histoire de la prévention, très schématiquement, il a été longtemps politiquement correct de dire que la prévention était certes l'affaire de tous mais devait concerner avant tout les patients non infectés par le VIH. Il y

avait de bonnes réponses à cela, en particulier les risques de stigmatisation, de culpabilisation des personnes infectées dont en outre le pronostic vital était très péjoratif. Aujourd'hui, l'efficacité des antirétroviraux dans la prévention de la morbidité et de la mortalité autorise aux soignants un discours différent. Parler de responsabilité individuelle des personnes vivant avec le VIH n'est plus tabou. Il s'est avéré qu'il ne suffisait pas de sensibiliser les patients à la réduction de la transmission mais qu'il fallait nécessairement s'intéresser à leur vie sexuelle. La notion de réduction des risques est totalement liée à la qualité de vie. Mais que de débats avons-nous traversés entre une approche comportementale et celle proposée avec l'apport de psychologues totalement insérés dans l'équipe! L'une des forces du programme était de proposer et d'évaluer des approches multiples.

**Amina Ayouch-Boda :** C'est vrai qu'il y a eu débat, c'était très riche. Mais nous autres, psychologues, n'avons pas vécu la même histoire. La sexualité a toujours fait partie des entretiens avec nos patients. Si ce sujet a eu l'air d'apparaître brusquement, c'est parce que les médecins se sont mis à s'y intéresser. Ils lui ont donné droit de cité. Ce qui était nouveau, ce n'était pas l'apparition de la sexualité mais ce brusque intérêt dû au souci de réduire les risques et à la levée d'un tabou qui a heureusement permis de commencer à faire de la prévention à partir des personnes contaminées.

### **S. H. : Comment associer, dans cette approche globale, la sexualité et la prévention?**

**A. A.-B. :** Les patients ont le droit d'avoir une sexualité, c'est une évidence. Et quand un patient parle de prévention, il est forcément amené à évoquer la sexualité, et inversement. C'est pourquoi nous avons fait le choix, à travers le programme Orchestra Saint-Antoine, de lier ces deux thèmes dans les réponses que nous avons apportées à la question sexuelle. Comme la question peut ne pas être abordée par le médecin, un outil, à travers un logiciel, lui rappelle que cette réalité existe et le guide pour aborder le sujet d'une manière simple et pas stigmatisante. Ensuite, si besoin, le médecin propose

au patient une consultation spécialisée en dehors des actions d'éducation thérapeutique classiques. Je préconise la formation des soignants, mais aussi que la sexualité et la prévention soient distinctes de l'éducation thérapeutique car la sexualité n'est pas éducable au même titre que d'autres éléments. La sexualité ne se travaille pas avec un plan d'action cognitif et comportemental. Je précise que je n'ai rien contre cette approche que j'utilise dans d'autres domaines.

**P.-M. G. :** Pour cela, il fallait gagner la bataille de la sensibilisation des soignants. Et ce n'est pas si simple. Car il ne s'agit pas de transformer tous les métiers, toutes les disciplines qui interviennent dans cette approche globale en de nouveaux sexologues, ou de faire en sorte que la sexualité des patients soit l'affaire de tous. Tous les métiers sont indispensables dans l'accompagnement du patient. L'appui du dossier médical informatisé a été déterminant. Il avait été développé depuis plusieurs années dans le service, utilisé lors de toute consultation ou hospitalisation et adapté au programme Orchestra. Une démarche algorithmique simple aide les soignants à décliner les axes du programme et notamment l'évaluation de la qualité de vie sexuelle et des prises de risque. L'offre de soins ciblée sur la sexualité et la réduction des risques est clairement explicitée afin de faciliter l'adressage aux psychologues, sexologue et groupes de paroles de l'équipe. On insiste aussi sur l'approche duale : qualité de vie sexuelle et réduction des risques.

### **S. H. : L'une des recommandations du rapport Lert/Pialoux (voir article p. 40) insiste sur «la prévention positive». Il semble que votre démarche s'en rapproche, notamment sur cette recherche d'amélioration de la qualité de vie sexuelle. Pouvez-vous en donner les raisons?**

**A. A.-B. :** Que constatons-nous? Il y a une souffrance amoureuse. Si nous prétendons faire de la prise en charge globale, cette souffrance doit être entendue au même titre que les autres. L'enjeu de la prévention est de se mettre à l'écoute de la sexualité et de donner à la personne les moyens d'élaborer quelque chose. La personne peut avoir désinvesti son corps, ne plus se sentir un corps de plaisir et de désir, il

Il y a beaucoup de conséquences sur la manière dont la personne se vit, comme être sexual. Il y a aussi la peur d'aller vers l'autre, une peur réelle, justifiée, qu'il faut reconnaître. Le patient accepte d'ailleurs de la dédramatiser une fois que nous l'avons reconnue. Ces retrouvailles avec l'autre sont parfois longtemps imaginées avant de devenir effectives.

## **S. H. : C'est-à-dire ?**

**A. A.-B. :** Quand la sexualité s'élabore avec un patient, ce n'est pas rationnel. Il ne s'agit pas de savoir à transmettre, de pédagogie, ce n'est pas quelque chose qui s'apprend mais quelque chose qui se produit. Sinon, le risque est de faire une réponse hygiéniste et anti-érotique à la sexualité, ce qu'elle ne supporte pas.

## **S. H. : Comment évoquez-vous les relations entre deux partenaires sérodiscordants par exemple ?**

**A. A.-B. :** Quel que soit le cas de figure, beaucoup de choses entrent en jeu. D'abord l'écoute. J'essaie toujours de voir comment le patient appréhende le risque quand il y en a un. Il a la plupart du temps quelque chose à en dire et il faut d'abord essayer de le laisser l'évoquer, en porter lui-même la représentation. Par exemple, le préservatif peut être abordé comme un problème, par lassitude à son usage ou parce qu'il est représenté avant tout comme une barrière – un patient a parlé de parapluie nucléaire. Quand le préservatif est surinvesti, il n'est plus une simple protection mais devient l'objet d'une trop grande attention qui va épaissir la barrière. Un travail sur la représentation du préservatif mais aussi sur l'expérience sensorielle du préservatif, sur les préliminaires susceptibles d'érotiser le préservatif, doit souvent être fait.

## **S. H. : Lors de la journée d'échange en décembre dernier sur le rapport Lert/Pialoux, vous avez indiqué que vous « parliez suisse depuis cinq ans ». Qu'est-ce que cela veut dire ?**

**P.-M. G. :** Cette formulation laconique faisait référence à la déclaration des experts suisses indiquant qu'une personne séropositive pouvait – dans des conditions précises ne se résumant pas

au fait que le VIH ne soit pas détecté dans le plasma – ne plus utiliser systématiquement le préservatif. Cette déclaration suisse a eu un impact considérable par les débats qu'elle a suscités tant au niveau des patients que des soignants. Elle fait partie depuis longtemps des options dont je parle en consultation sans jamais oublier d'insister sur l'indispensable partage de l'information au sein du couple qui prendrait cette décision. C'est d'ailleurs dans le contexte de la déclaration suisse que le rapport Lert/Pialoux a été demandé par les autorités de santé françaises.

## **S. H. : Quel enseignement principal reprenez-vous de votre programme ?**

**P.-M. G. :** Une expérience comme la nôtre demande non seulement des moyens mais aussi un peu plus d'attention de la part des pouvoirs publics. Même si les patients peuvent bénéficier de consultations dédiées à la sexualité, à titre d'information sur la réduction des risques ou fondées sur des approches cognitivo-comportementalistes, il me semble que l'approche psychothérapique demeure fondamentale. C'est redire ici l'absolue nécessité de psychologues cliniciens dans les services et autres structures de prise en charge du VIH.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**,  
Journaliste.

*1. Le programme Orchestra Saint-Antoine a reçu un soutien financier de la direction générale de la Santé et du Laboratoire Roche.*

## • COMMUNIQUÉ •

# Education Santé

## sommaire

n°254 mars 2010

### Initiatives

#### **Le programme de dépistage du cancer du sein**

Anne Vandembroucke

#### **Le mammothest... un défi pour la Communauté française**

Alain Cherbonnier, Chantal Hoyois, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois

#### **Communication et mammothest : un coup d'œil dans le rétroviseur**

Alain Cherbonnier, Chantal Hoyois, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois

#### **Que pensent les généralistes du dépistage du cancer du sein ?**

Pascale Jonckheer

#### **Les premiers secours en milieu (extra)scolaire**

André Lufin

#### **Le « jeu du foulard » n'est pas un jeu : dans un jeu, on a plusieurs vies**

Florence Noirhomme-Renard

#### **La santé est un droit pour tous !**

France Defrenne

### Matériel

#### **Mon fils, ma fille est homo... Intoxication au CO**

Joko, la chasse aux dangers de la cave au grenier

### Outil

#### **50 activités pour apprendre à vivre ensemble**

### Vu pour vous

#### **Des « Helpisodes » pour contrer le tabac enVIE d'amour**

Humanisation des soins aux enfants  
Votre Serge, avec ou sans fumée ?

### Brèves

Education Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). La revue papier est diffusée par abonnement (gratuit) uniquement en Belgique.

Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 et/ou télécharger la revue en pdf : <http://www.educationsante.be>

# Genève: prise en charge pluridisciplinaire des enfants en surpoids

À Genève, les hôpitaux ont mis en place un programme de prévention et de prise en charge de l'obésité destiné tout particulièrement aux enfants. Défini par des professionnels, ce programme est intensif pendant six mois puis inclut un suivi minimal de douze mois, protocole qui a permis d'obtenir un remboursement des prestations par l'Assurance Maladie. Au programme : séances éducatives animées par des professionnels pluridisciplinaires, activités physiques adaptées, évaluation globale de la santé. L'action est en voie d'extension dans trois cantons : Genève, Vaud et Valais.

Depuis 2000, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) mettent en place des programmes de soins offrant une prise en charge pluridisciplinaire. «Contrepoids» est l'un de ces programmes, centré sur la prévention et le traitement de l'obésité. Il poursuit un triple objectif :

- améliorer la prise en charge des patients souffrant d'un excès de poids ou d'obésité, en particulier les enfants, les adolescents et les femmes enceintes ;
- promouvoir l'activité physique et une alimentation équilibrée auprès de l'ensemble du personnel des HUG et dans la population genevoise, en collaboration avec le département de l'économie et de la santé ;
- développer des recommandations et des actions en vue d'améliorer la qualité des soins, de la formation et de la recherche dans ce domaine, en particulier améliorer la formation des soignants et encourager les recherches cliniques.

L'obésité constitue une épidémie en Suisse puisque 5 à 8 % de la population, dont soixante mille enfants, sont touchés. La Suisse est le pays européen où l'on se lave le plus, une nation très vigilante sur l'hygiène de vie. Or, adopter une alimentation équilibrée et pratiquer une activité physique devraient également faire partie intégrante de l'hygiène de vie des enfants et pourtant ce n'est pas toujours le cas. Pendant des années, cette question n'a pas fait l'objet d'une priorité d'intervention au niveau national.



© SHOCK / FOTOLIA

Le programme Contrepoids est piloté par les HUG qui bénéficient du label «Hôpitaux promoteurs de santé» obtenu en 2002<sup>1</sup> et sont reconnus à ce titre comme lieu approprié pour faire de la promotion de la santé. Il est un fait que dans un hôpital on soigne, mais on fait plus rarement de la promotion de la santé. Pourtant, nous, professionnels de santé en milieu hospitalier, pouvons travailler sur les habitudes de vie et les comportements auprès des patients y compris des enfants, de leurs parents et des visiteurs. Le programme Contrepoids interagit avec de multiples parte-

naires : communes, écoles et services parascolaires, associations, institutions de l'État, universités et hautes écoles de santé, aux niveaux local, national mais aussi international (*OMS et European Childhood Obesity Task Force*).

## Promouvoir la santé des dix mille collaborateurs

Premier niveau d'intervention du programme : les établissements des HUG eux-mêmes, qui représentent la plus importante entreprise du canton et emploient plus de dix mille personnes dont la moitié de soignants. Ainsi, à titre

d'exemple, pour inciter à l'activité physique, nous intervenons pour rendre les escaliers davantage visibles dans l'établissement et nous avons proposé aux collaborateurs d'utiliser exclusivement les escaliers pendant trois mois, dans le cadre d'une étude. À l'issue de cette expérimentation, ces personnes ont réduit leur indice de masse corporelle, leur pression artérielle et amélioré leur performance cardio-respiratoire. Autre exemple d'action, sur l'alimentation: nous proposons des menus équilibrés pour le personnel et avons augmenté l'offre de légumes et de fruits servis à la cafétéria de l'hôpital.

## Prise en charge pluridisciplinaire des enfants en surpoids

Second niveau d'intervention: la population du canton de Genève (450 000 habitants). Le Département de l'enfant et de l'adolescent des Hôpitaux universitaires de Genève a mis en place de nouveaux programmes thérapeutiques Contrepoids pour les enfants et les adolescents en surpoids. Dans un premier temps, ces programmes visent à stabiliser le poids pendant la croissance et à améliorer les habitudes de vie afin de prévenir des complications. Ils comprennent une phase intensive de six mois, puis un suivi jusqu'à douze mois; des séances animées par des pédiatres, diététiciennes, maîtres d'éducation physique, psychologues, pédopsychiatres et infirmières spécialisées; des activités physiques adaptées et une évaluation globale de la santé. Pour les enfants de 8 à 11 ans, le programme concerne les enfants et leurs parents. Pour les 12-18 ans, le programme s'adresse principalement aux adolescents et les parents participent à certaines séances. Ils incluent deux cours de sport adapté par semaine et des séances éducatives, soit en groupe, soit en individuel. Nous avons aussi développé des manuels éducatifs pour les enfants, les adolescents, les parents et les professionnels de la santé, qui seront prochainement traduits en allemand et en italien. Ces programmes sont maintenant proposés dans différents lieux du canton de Genève ainsi que dans les cantons de Vaud et du Valais.

## Indispensable prise en charge financière des thérapies

À souligner que pour ce travail de prévention et de prise en charge des

enfants et adolescents atteints d'obésité, nous avons obtenu, depuis novembre 2007, le remboursement par les caisses d'assurance maladie, en espérant agir le plus tôt possible pour les maintenir en bonne santé à l'âge adulte. Ces thérapies incluent également l'activité physique adaptée, qui est reconnue comme un facteur déterminant à court et long termes. Ceci a été possible grâce au groupe de travail «Obésité de l'enfant» de la Société suisse de pédiatrie (SSP), qui a élaboré un projet de thérapie de l'obésité de l'enfant, soumis au conseil fédéral et approuvé en novembre 2007. La définition, le diagnostic, les indications et les modes de thérapie ont été définis.

Afin de bénéficier d'un remboursement par les caisses, les programmes thérapeutiques doivent être supervisés par un médecin et englober les domaines de la pédiatrie, de la nutrition, de l'activité physique et de la psychologie. Ils doivent inclure des modules éducatifs et des programmes d'activité physique en groupe pour les enfants et/ou les parents pendant une durée minimale de six mois, avec un suivi pendant vingt-quatre mois. Tous les programmes de thérapie doivent être certifiés par la SSP ([www.swiss-paediatrics.org](http://www.swiss-paediatrics.org)), en collaboration avec l'Association suisse de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent AKJ ([www.akj.ch](http://www.akj.ch)), et être évalués régulièrement selon un protocole national. Nos programmes font aussi l'objet de recherches cliniques soutenues par le Fonds national suisse.

## Interventions pendant la grossesse

Le programme Contrepoids ne concerne pas uniquement les enfants et les adolescents. Ainsi, par exemple, en matière d'éducation et d'accompagnement, nous développons des interventions précoces en direction des futures mères, en particulier chez celles qui souffrent d'obésité et de diabète gestationnel ou de type 2, leur enfant ayant en effet 50 % de risque de devenir obèse plus tard. Ce type d'intervention très précoce est scientifiquement justifié car nous savons que les premiers signes d'artériosclérose apparaissent dès l'âge de 4 ans chez les enfants en surpoids et que 50 % des enfants atteints d'obésité âgés de 6 à 10 ans souffrent déjà d'hypertension.

## Améliorer la formation des professionnels de la santé

Le programme de soins Contrepoids est également mandaté par le Département de l'économie et de la santé du canton de Genève et la Fondation Promotion Santé Suisse pour développer un nouveau concept de formation touchant toutes les filières de santé (médecine, soins infirmiers, diététique, psychologie et école de sages-femmes). L'objectif est de modifier ou de développer des modules de formation pré- et post-graduée afin que les étudiants et le personnel soignant connaissent les recommandations et les bonnes pratiques en matière d'allaitement maternel, d'alimentation et d'activité physique chez les enfants. Les professionnels de la santé sont ainsi des multiplicateurs. Ils informent, conseillent et accompagnent les futurs parents et les familles afin de prévenir le développement précoce de l'obésité.

Pour ce qui est de l'adaptation de l'environnement, hors hôpital cette fois, la Suisse travaille sur un projet de label «Fourchette verte», d'abord développé à Genève et qui s'étend aujourd'hui sur l'ensemble du territoire suisse. Il vise à améliorer l'équilibre nutritionnel des repas servis dans les cantines scolaires ou dans les restaurants, en incluant deux cents grammes de légumes (par repas), cent vingt grammes de viande ou de poisson et des féculents, avec une quantité limitée de graisse. Par ailleurs, l'association Fourchette verte est en train de labelliser des fast-foods proches des écoles.

**Nathalie Farpour-Lambert**

Médecin pédiatre, Présidente du programme de soins Contrepoids, Direction médicale et Département de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.

*1. Selon l'OMS, l'hôpital et les services de santé sont un lieu approprié pour la promotion de la santé. En Suisse, 74 % de la population souhaitent être conseillés en matière de santé lors d'un séjour à l'hôpital. En 1992, l'OMS a développé ce concept d'hôpitaux promoteurs de santé Health Promoting Hospitals - HPH. Le réseau suisse a été créé en 1999. [www.healthhospitals.ch](http://www.healthhospitals.ch)*

Pour en savoir plus  
<http://contrepoids.hug-ge.ch>

Entretien avec Marie Vitard, directrice d'école maternelle dans le 12<sup>e</sup> arrondissement de Paris

## « L'école maternelle, lieu extraordinaire d'apprentissage du mieux vivre ensemble »

**L'école maternelle ne doit pas être uniquement un lieu de production et d'évaluation scolaires, elle doit et peut être un lieu d'éducation à la santé. C'est la conviction de Marie Vitard, directrice d'une école maternelle à Paris. Promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée auprès des tout-petits, création d'un jardin potager, formation des enseignants... Des actions qui visent le bien-être des enfants dans l'école par l'instauration de temps calmes, l'initiation au respect, etc. En résumé, un travail sur le « mieux vivre ensemble ».**

**La Santé de l'homme : Enseignante pendant vingt-cinq ans puis directrice d'école maternelle depuis cinq ans, qu'est-ce qui vous a frappée quand vous avez pris votre poste de directrice ?**

**Marie Vitard :** Quand je suis arrivée, j'ai estimé qu'il y avait des manques et qu'il fallait remettre certaines activités en route, en particulier l'éducation physique et sportive. C'est indispensable, en particulier en grande section où l'on exige beaucoup plus d'attention des enfants tout au long de la journée. J'ai développé un projet d'école sur la danse en invitant une danseuse professionnelle. Cela a constitué une amorce. Ensuite, une conseillère pédagogique en éducation physique et sportive du rectorat de Paris m'a suggéré de proposer à l'équipe enseignante une formation spécifique, un « stage école », qui réunit tous les enseignants autour d'une problématique. Notre objectif précis était de mettre en œuvre des programmations et des progressions en éducation physique et sportive. Pendant une semaine, nous avons travaillé sur ces thèmes mais aussi sur la psychologie et sur le développement de l'enfant. Cette formation a constitué un très bon point de départ pour remédier aux manques que je percevais.

**S. H. : Quel autre point d'amélioration avez-vous pu constater ?**

Le dysfonctionnement de la cantine. Beaucoup d'aliments étaient gâchés, les repas se passaient mal (bruit, agitation, etc.). Les familles n'étaient pas impliquées, pas plus que les animateurs. Or, un repas qui se passe bien a une influence bénéfique sur le reste de la journée. Au même moment, l'inspecteur de la circonscription m'a informé qu'il existait un programme intéressant sur l'alimentation, Pikabouge, et que l'école pouvait s'y inscrire. J'ai donc proposé à mes collègues d'entrer dans ce programme. Pour lever certaines réticences, j'ai proposé de prendre en charge personnellement le suivi et les réunions. Pikabouge prévoit en effet des réunions avec les parents, les animateurs de cantine, etc. Le responsable du programme Pikabouge est venu le présenter à l'école. Les enseignantes y ont adhéré, notamment parce qu'elles ont trouvé les supports pédagogiques bien faits, évolutifs et qu'elles ont pu se les approprier. Au total, à partir de 2003, trois classes ont adhéré et travaillé toute l'année sur le programme. Au départ, les familles étaient un peu réticentes, notamment parce que le protocole prévoyait que le médecin scolaire devait peser les enfants. Nous

avons levé ces difficultés en organisant régulièrement des réunions d'information avec les parents qui, petit à petit, se sont intéressés à cette action. Nous avons aussi réuni les surveillants de cantine et du goûter de la Ville de Paris pour leur indiquer combien nous avions besoin d'eux pour ce programme. La majorité nous a suivis, prenant sur son temps personnel pour s'interroger, écouter ce que le médecin scolaire et la diététicienne avaient à dire.

Une fois le programme mis en œuvre, nous avons pu supprimer la collation du matin. Ce fut difficile à obtenir car enseignants et parents y tenaient énormément. Elle permettait notamment à certains parents d'éviter le temps du petit déjeuner. Cette suppression a finalement été acceptée et les parents ont pris l'habitude de faire petit-déjeuner leur enfant. En parallèle, le climat pendant le temps de la cantine s'est modifié, les enfants appréciant de déjeuner dans le calme et d'échanger sur le contenu des repas entre eux ou avec les adultes présents à leur table.

Dans toutes les classes, les enseignantes ont travaillé sur l'apport des fruits et légumes et des autres aliments, et fait le lien avec l'activité physique. Nous avons constaté que beaucoup

d'enfants arrivaient en poussette ou portés dans les bras, y compris certains enfants de grande section. Nous avons donc travaillé avec eux sur l'intérêt de venir à l'école à pied, en vélo ou en trottinette, et pourquoi pas de monter les escaliers tout seuls dans l'école. La coopérative scolaire a financé l'achat de matériel d'éducation physique coûteux mais très adapté. Les parents ont été conviés à assister à des repas à la cantine, ce qui leur a permis de porter un autre regard sur le travail des animateurs. Autour de ce projet, nombre d'activités ont été mises en place dans les classes, par exemple des petits déjeuners préparés en collaboration avec la diététicienne de la caisse des écoles.

## **S. H. : Quelles activités continuez-vous à développer sur la nutrition et l'activité physique ?**

Tous les ans, au moins deux classes participent au concours organisé par la Ligue contre le cancer. En 2009, l'une des trois classes participantes a d'ailleurs été lauréate. Toute l'année, il y a des activités autour des fruits et des légumes. Nous avons aussi créé un jardin pédagogique, situé derrière l'école, une parcelle consécutive pour que les enfants plantent des légumes et puissent les voir pousser.

En ce qui concerne Pikabouge, les enseignantes réinvestissent certaines séquences selon les programmes d'activités de l'année scolaire. Elles ont également bien saisi l'importance de ne pas pratiquer la même activité physique et sont attentives à introduire des progressions. Ceci est facilité par le classeur d'activités, support certes long à mettre en place mais qui permet d'échanger et de faire évoluer les pratiques. Les fiches peuvent être réutilisées d'une année sur l'autre et modifiées si besoin. Nous continuons de travailler sur l'alimentation mais ce projet a été élargi au bien-être des enfants à l'école, avec la prise en compte des temps calmes et du respect des maîtres, des autres et de soi. L'école maternelle est un lieu extraordinaire d'apprentissage du mieux vivre ensemble.

Dans le prochain projet d'école, nous allons travailler autour des contes pour introduire les notions d'entraide, de coopération, de respect des autres, et puis travailler sur ce qui fait grandir, comment on grandit.

## **S. H. : Quelle place occupe la santé des élèves dans vos fonctions de directrice ?**

La santé, au sens large, représente l'essentiel des préoccupations fondamentales de l'École. L'École doit être à l'écoute des besoins des enfants. Pour des tout petits, cela tourne autour de l'alimentation, du sommeil et des activités physiques. L'entrée dans les apprentissages scolaires demande de l'attention et de la concentration, donc une bonne hygiène de vie. On n'apprend pas si on n'a pas bien mangé, bien dormi, etc. C'est la prise en compte des besoins élémentaires : se sentir en confiance pour entrer dans les apprentissages. Le respect du rythme biologique du petit enfant est un fondamental.

L'école est située dans un quartier plutôt favorisé, mais nous accueillons aussi des enfants très défavorisés qui habitent dans des hôtels sociaux et qui sont « tirés vers le haut » en raison de cette véritable mixité sociale. De façon schématique, d'un côté nous avons des enfants qui maîtrisent parfaitement le langage, nombre de ces enfants parlent beaucoup et très bien mais s'expriment peu ou maladroitement avec leur corps, ils sont brillants sur le plan scolaire ; d'un autre côté, des enfants qui viennent d'horizons très différents, qui s'expriment peu oralement mais qui possèdent des compétences dans beaucoup d'autres domaines. Il se trouve que j'avais imaginé comme premier projet d'école un travail sur l'expression non verbale. Mon expérience d'enseignante me laisse penser que la problématique de l'école maternelle tourne autour du corporel, de l'épanouissement personnel, des activités liées aux arts plastiques. Il est important de faire du modelage, de travailler la terre, de découvrir des matières et des matériaux variés, d'agir avec son corps. C'est la raison pour laquelle, avec les enseignantes, lorsque nous avons mis en place l'aide personnalisée, au lieu de proposer des activités liées à l'écriture, nous avons privilégié d'autres activités : jardinage, visite d'un marché, achat de fruits, confection de jus, dégustation. Les enseignantes ont travaillé sur le langage à partir de marionnettes de fruits et de légumes. Cette aide a été très bénéfique pour les enfants qui souffraient d'un manque de confiance en eux et qui donc prenaient rarement la parole. Par ailleurs, j'observe

que le rythme de vie des enfants est de plus en plus difficile. Ils font de grandes journées, tous mangent à la cantine. Le midi, nous avons deux services de presque cent enfants chacun, dans un petit local. Il me semble qu'en quelques années, le rythme des enfants s'est durci. Dès la petite section, la moitié des enfants reste jusqu'à dix-huit heures.

## **S. H. : Justement, au niveau du système scolaire, qu'est-ce qui favorise ou freine la prise en compte du bien-être des élèves ?**

Les locaux peuvent être un frein. Par exemple dans cette école, il n'y a qu'un seul dortoir pour soixante à soixante-dix enfants, les conditions ne sont donc pas idéales alors que la plupart d'entre eux sont épuisés. Toutefois, les conditions matérielles d'accueil sont meilleures que dans d'autres écoles parisiennes. Les effectifs, de plus en plus importants chaque année (trente élèves en petite section), ne facilitent pas le travail des enseignants dans le domaine de l'éducation à la santé pourtant essentiel. Ensuite, il y a tout ce qui concerne les apprentissages. Et là, cela dépend de chaque équipe. Dans mon école, la santé physique et mentale des enfants est prise en compte, travaillée et réfléchi. Les têtes bien pleines ne suffisent pas ! Il est important de se sentir bien pour bien apprendre. Les parents sont en mesure d'apprécier ce questionnement pourvu que l'on puisse l'expliquer, le justifier en leur montrant les réalisations et les progrès de leurs enfants dans ces domaines. Ces questions doivent être davantage traitées à l'école et débattues en collaboration avec les parents.

En tant que directrice, j'ai constaté que les parents ont une demande éducative croissante : je rencontre des parents démunis face à l'exercice de leur autorité dans le domaine du sommeil, de l'alimentation, etc. Mes constatations ne font que rejoindre ce que les pédopsychiatres disent par rapport aux limites à donner. Il me semble important que l'école maternelle puisse prendre en compte les besoins des enfants, se préoccupe de leur bien-être et ne soit pas uniquement dans la production et dans l'évaluation scolaire.

Propos recueillis par  
**Sandrine Broussouloux.**



## Familles et institutions : cultures, identités et imaginaires.

Sous la direction de Stéphane Tessier



Cet ouvrage a été constitué à partir des travaux du Dispositif public au service des professionnels de l'enfance et de l'adolescence en difficulté (Derpad), et de l'association Repenser et gérer l'altérité afin de refonder la démocratie et les solidarités (Regards). Il est dédié aux intervenants du champ médico-social qui interviennent notamment auprès des enfants et des adolescents en difficulté et plus particulièrement des enfants de migrants et pour qui la question culturelle

doit être au centre de toutes les préoccupations.

L'ouvrage propose, dans un premier temps, un recueil de réflexions théoriques croisées sur interculturalité, justice et santé, incidences de la mutation du lien social sur l'éducation, ou encore construction identitaire. La seconde partie, intitulée « regards sur une réalité multiple et des pratiques diversifiées », propose des exemples concrets de situations confrontant cultures des familles et cultures des institutions : intermédiation culturelle dans les lieux de justice, variations de la structure familiale, formation des professionnels à l'interculturalité, etc.

Céline Deroche

Paris : éditions Erès, coll. *Pratiques du champ social*, 2009 : 314 pages, 23€.

## Alimentations adolescentes en France.

### Principaux résultats d'AlimAdos, un programme de recherche de l'Ocha.

Nicoletta Diasio, Annie Hubert, Véronique Pardo, dir.



Cet ouvrage présente une partie des résultats du projet de recherche AlimAdos, conduit à l'initiative de l'Observatoire Cniel des habitudes alimentaires (Ocha) avec deux laboratoires du CNRS et co-financé par le Centre national interprofessionnel de l'économie laitière (Cniel) et l'Agence nationale de la recherche (ANR) dans le cadre de l'appel d'offres du Programme national de recherche en alimentation et nutrition humaine (PNRA) 2007. Les recherches de terrain menées par les sociologues, anthropologues ou ethnologues de l'équipe AlimAdos ont fourni des résultats sur différents aspects de l'alimentation des adolescents : lien avec la culture familiale, relation au corps, influence des normes, messages ou injonctions en matière d'alimentation, rapport à soi et à l'autre au travers de la transmission et de la mémoire des habitudes alimentaires. Point saillant commun à ces réflexions : la réelle acuité des adolescents sur leurs pratiques alimentaires, acuité d'autant plus surprenante que l'affectif tient une place primordiale dans leur alimentation.

C. D.

Les cahiers de l'Ocha, 2009, n° 14 : 219 pages, 20 €.

## Évaluer les interventions de réduction des risques.

### Guide pour la mise en œuvre de bonnes pratiques d'évaluation.

Cristina Diaz Gomez, Maitena Milhet, Christian Ben Lakhdar



Coordonné par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), ce guide a été réalisé par les membres de la commission Addictions, créée par le ministère de la Santé en 2006. Cette commission a pour mission d'évaluer et d'améliorer la réponse aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives (arrêté du 26 octobre 2006). Elle est composée de représentants des institutions sanitaires, de professionnels de santé et d'associations

impliquées dans la réduction des risques auprès des usagers de drogues. Ce guide propose des recommandations de bonnes pratiques en matière d'évaluation dans le champ de la réduction des risques pour les usagers de drogues. Il décrit une méthodologie d'élaboration de protocoles d'évaluation en quatre étapes : se poser les bonnes questions, Choisir un référentiel, Choisir une méthode, Choisir un intervenant. Cette méthode se veut souple puisque adaptable aux situations particulières rencontrées dans le cadre de la réduction des risques et illustrée d'exemples concrets.

C. D.

Saint-Denis : Observatoire français des drogues et toxicomanies, 2009, 23 pages. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdp8.pdf> [dernière consultation le 18/09/2009]

## Stress et risques psychosociaux au travail.

Annie Thébaud-Mony, Nathalie Robatel



La revue *Problèmes politiques et sociaux* consacre ce numéro à une analyse de l'évolution des conditions de travail et de leur altération, au regard des objectifs de productivité actuels. Une prévention efficace supposant une véritable action sur les facteurs de risques, ce dossier rassemble de nombreux travaux qui alertent sur les transformations de l'organisation du travail et leur impact sur la santé physique et mentale des salariés.

Le premier chapitre est consacré aux « nouvelles » organisations de travail et aux risques qui en découlent : maladies professionnelles, burn-out, harcèlement, violences, etc. Le second chapitre propose plusieurs articles sur les conditions de production des risques psychosociaux et leurs manifestations dans différentes sphères professionnelles : univers infirmier, cadres, ouvriers, opérateurs téléphoniques, etc. Sont ensuite exposées les possibilités d'action et les perspectives qui s'offrent aux instances politiques et législatives, à l'échelle française et européenne.

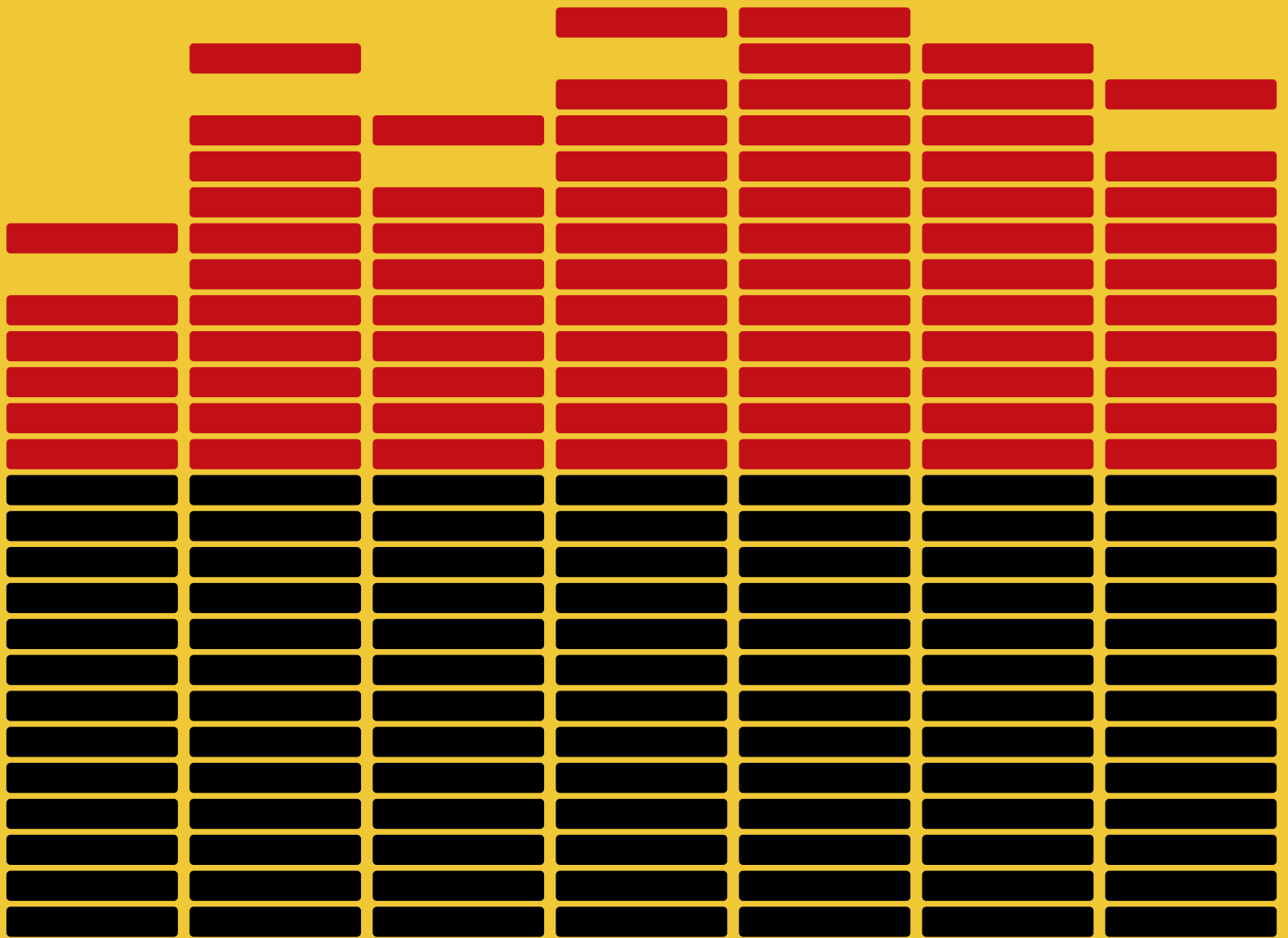
C. D.

*Problèmes politiques et sociaux*, octobre 2009, n° 965 : 120 pages, 9,90 €. Disponible auprès de la Documentation française.





# À FORCE D'ÉCOUTER LA MUSIQUE TROP FORT ON FINIT PAR L'ENTENDRE À MOITIÉ



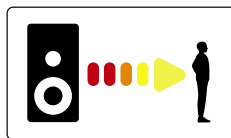
Ref. 260-06590-A



CONTRÔLEZ LE VOLUME  
DE VOTRE BALADEUR.



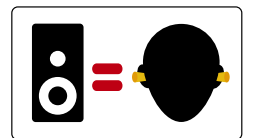
LIMITEZ LA DURÉE D'ÉCOUTE.



EN DISCOTHÈQUE, EN CONCERT,  
ÉLOIGNEZ-VOUS DES ENCEINTES.



EN DISCOTHÈQUE, EN CONCERT,  
FAITES DES PAUSES.



EN CONCERT, PORTEZ  
DES BOUCHONS D'OREILLES.

Ref. INPES 125-40610-R



[www.ecoute-ton-oreille.com](http://www.ecoute-ton-oreille.com)

