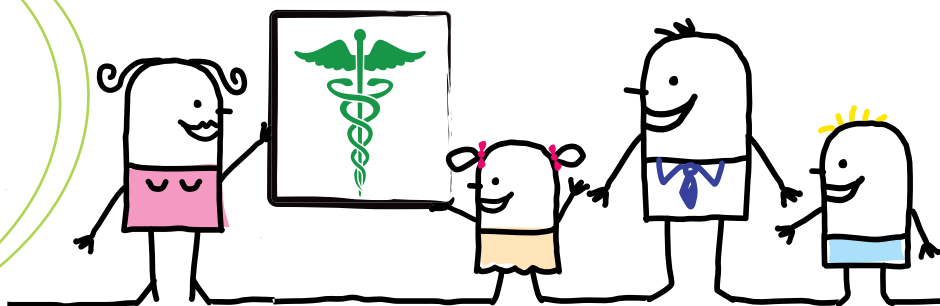




Des familles actrices de leur santé ?

Note de synthèse n°7



Edito

Marie-Andrée BLANC
Présidente de l'UNAF

Lors de la présentation de la stratégie nationale de santé en septembre 2013, Marisol Touraine ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a rappelé que « la famille joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé et dans l'accompagnement des malades ». Si ce rôle est reconnu par les plus hautes autorités de l'État, il reste à analyser comment les familles s'organisent pour agir en ce domaine.

C'est pourquoi le réseau des Observatoires des Familles a choisi de les interroger afin de connaître leurs pratiques, leurs ressentis, leurs besoins et leurs attentes, leur opinion sur les campagnes de prévention, leur compréhension, leur comportement vis-à-vis de leur propre santé ou de celle de leurs enfants.

La problématique et le questionnaire type ont été définis par le comité de pilotage du réseau national des Observatoires des familles puis proposés aux UDAF et URAF. L'enquête nationale a été adressée à un échantillon représentatif de 3000 familles. Outre cette enquête nationale, notre synthèse s'appuie sur les enquêtes effectuées par les UDAF et URAF participant à la démarche, notamment pour déterminer des écarts entre les territoires. Au total, 132 000 familles ont été sollicitées dans 46 départements et 17 500 ont répondu.

La santé représente un capital qui se constitue dès la vie fœtale et le premier quart du cycle de vie. C'est, en partie, des habitudes et des comportements acquis durant cette période que dépendra l'état de santé de chaque individu tout au long de sa vie. Or, c'est également au cours de cette période que le rôle de la famille est le plus important. Le cadre familial permet à l'enfant de se constituer des repères et d'effectuer ses apprentissages. Les enfants sont largement influencés par le comportement et le mode de vie des parents, qu'ils auront tendance à reproduire à l'âge adulte. La qualité du milieu familial est donc un élément fondamental dans l'apprentissage des pratiques de prévention en matière de santé. Il est par conséquent nécessaire de donner les moyens aux familles d'assurer cette responsabilité éducative, parfois oubliée, dans les meilleures conditions tout en veillant à ne pas les culpabiliser ou à adopter un ton moralisateur.

Mais la famille ne peut agir seule dans cette éducation, elle est en relation avec d'autres acteurs et doit pouvoir interagir avec eux. Ainsi, comme l'indique un avis du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) « la responsabilité de la prévention incombe à la famille et à la collectivité. La promotion de la santé passe par l'accompagnement des parents et l'éducation donnée dès le plus jeune âge aux enfants pour une meilleure maîtrise de leur propre santé. Pour améliorer la transmission des conseils et des bonnes pratiques il est nécessaire de les expliquer puis de les mettre en œuvre en famille »¹. Comment les familles reçoivent-elles ces messages ? Comment les interprètent-elles ? Quelle est leur influence ? Qui pourrait les aider dans l'acquisition des comportements et la transmission des bons messages ? Autant de questions auxquelles nous tenterons d'apporter des réponses à travers les témoignages des familles. Autant de réponses qui doivent nous aider à construire des politiques publiques et des actions associatives plus efficaces en matière de prévention.

¹ « les enjeux de la prévention » Jean-Claude Etienne et Christian Corne, avis du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) février 2012 http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf

Au total, 17 500 familles, de 46 départements, ont répondu.

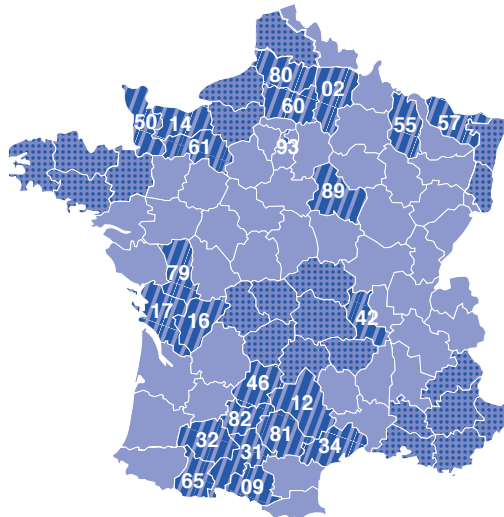
MÉTHODE

L'enquête « nationale », repose sur un échantillon de 3000 adresses sélectionnées aléatoirement parmi les ménages allocataires des CAF vivant sur l'ensemble du territoire français métropolitain. Au 31/12/2012, ils ont au moins un enfant à charge.

Par ailleurs, le questionnaire a été administré par les UDAF et URAF, membres du réseau des observatoires des familles. Au total, ce sont 132 00 familles qui ont été interrogées dans 46 départements, avec un taux de retour moyen d'environ 13%.

17 500 familles ont donc répondu au questionnaire. La présente synthèse compare les données nationales aux extrêmes départementaux. Les parenthèses indiquent le département qui obtient la proportion minimale et celui qui obtient la proportion maximale.

-  Enquête nationale : UNAF
-  Enquêtes régionales : Alsace, Auvergne, Bretagne, Haute-Normandie, Limousin, Nord-Pas-de-Calais (62), Provence-Alpes-Côte-d'Azur
-  Enquêtes départementales : Aisne (02), Ariège (09), Aveyron (12), Calvados (14), Charente (16), Charente-Maritime (17), Haute-Garonne (31), Gers (32), Hérault (34), Loire (42), Lot (46), Manche (50), Meuse (55), Moselle (57), Oise (60), Orne (61), Hautes-Pyrénées (65), Deux-Sèvres (79), Somme (80), Tarn (81), Tarn et Garonne (82), Yonne (89), Seine-St-Denis (93).



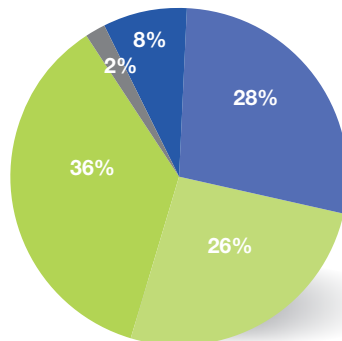
Profil des répondants






84 % des répondants sont des femmes. Les catégories socio-professionnelles (CSP) pour les hommes et femmes sont représentées dans des proportions équivalentes. 20 % des répondants appartiennent à des familles monoparentales. En France, 21,2 % des familles sont monoparentales¹.

• La catégorie socio-professionnelle est celle de la personne de référence du ménage

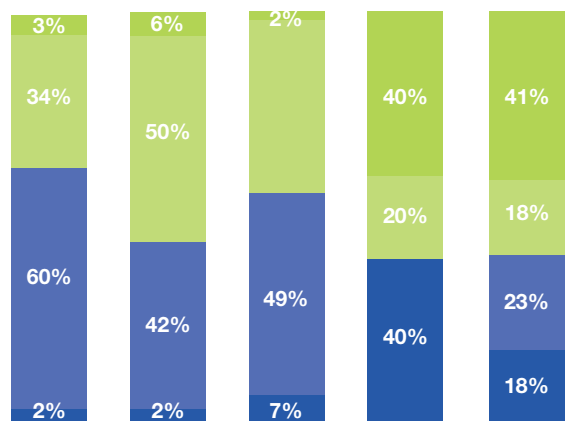
87 % des répondants ont une complémentaire santé (contrat individuel ou collectif) et 7 % bénéficient de la CMU complémentaire, ce qui est conforme aux chiffres officiels². La loi du 14 juin 2013 prévoit qu'au 1^{er} janvier 2016 toutes les entreprises devront proposer à leurs employés un contrat collectif obligatoire afin de limiter la précarité des foyers modestes.





Répartition des répondants en fonction de la CSP de la personne de référence du foyer



-  Sans activité professionnelle
-  Chef d'entreprise, cadre,
-  Profession intermédiaire
-  Employé, ouvrier, manœuvre...
-  Retraité

Type de complémentaire santé des répondants en fonction de la CSP du foyer



-  Non, aucune
-  Oui, un contrat collectif obligatoire
-  Oui, un contrat individuel
-  Oui, CMU complémentaire

¹ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=AMFd3
² Le chiffre du Fonds CMU est de 7,5% des personnes bénéficiaires de la CMU-C.

Acteurs et champs de la prévention

Consultation médicale et prévention : un lien qui n'est pas évident

• Une prévention centrée sur les enfants

Si 84 % des adultes attendent d'« être vraiment mal » avant de consulter un médecin, la demande de consultation est plus précoce pour les enfants car elle se fait généralement dès l'apparition des premiers symptômes, et ceci quelle que soit la catégorie socio-professionnelle. Les verbatims font apparaître cette priorité donnée à l'enfant : « L'essentiel ce sont mes enfants, si c'est pour moi j'ai le temps » ; « C'est vrai que ce n'est pas vraiment ce qu'il faut faire mais on a tendance à s'oublier au profit des enfants. Avec le boulot, l'école, les activités, on a tendance à se dire que ça ira, que ça va passer » ; « On est beaucoup plus vigilant et réactif avec les enfants, on n'a pas envie que ça dégénère, on anticipe ».

Des différences sociales apparaissent, en effet, alors que 46 % des « sans activité professionnelle » disent consulter dès les premiers symptômes, ils ne sont que 7 % dans la catégorie cadre, chef d'entreprise, 7 % également dans la catégorie profession intermédiaire et 10 % dans la catégorie employé, ouvrier.

Inversement, 88 % des cadres, chefs d'entreprises, attendent d'être « vraiment mal » avant de consulter le médecin contre 46 % pour les sans activité professionnelle.

• Un renoncement fréquent à la consultation⁴

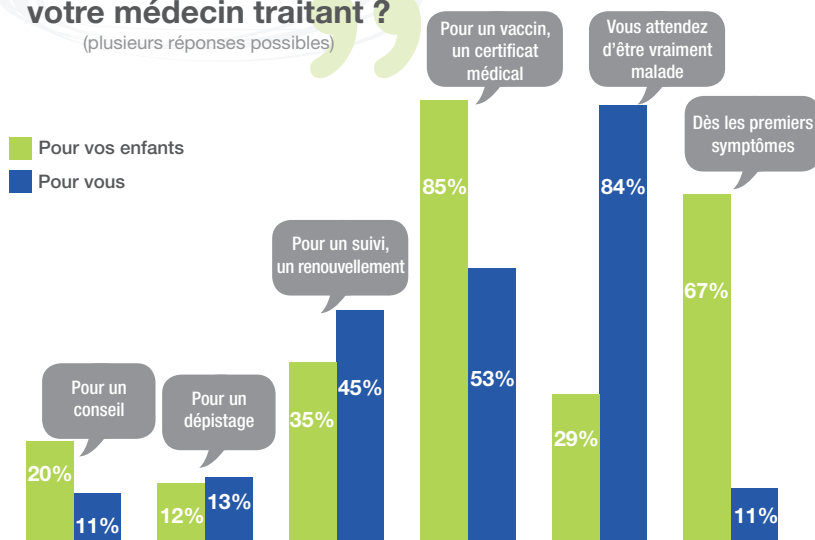
65 % des répondants ont renoncé à aller chez le médecin alors qu'ils en avaient besoin, au risque d'aggravation des symptômes (47 % Deux-Sèvres, 69 % Moselle).

Le **décalé d'attente (46 %)** apparaît comme la première raison de renoncement au soin avec des différences très significatives selon les territoires (27 % Meuse, 60 % Haut-Rhin). Pour les délais, les répondants invoquent aussi bien le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous que les temps en salle d'attente : « *il faut quasiment 1 an pour un ophtalmo* » ; « *j'aimerais bien y aller mais pas dans 10 ans* » ; « *Il y a trop d'attente même quand on a un RDV* » ; « *Le médecin est toujours sur booké (Même pour les urgences, doit donc chercher un autre médecin pour l'urgence)* » ; « *Le médecin est débordé* ». Parfois, le nombre de médecins, insuffisant dans certains territoires, conduit ces derniers à ne plus prendre de nouveaux patients une fois leur patientèle établie. « *Il n'y a qu'un médecin à proximité de chez moi et il refuse de prendre de nouveaux patients* ».

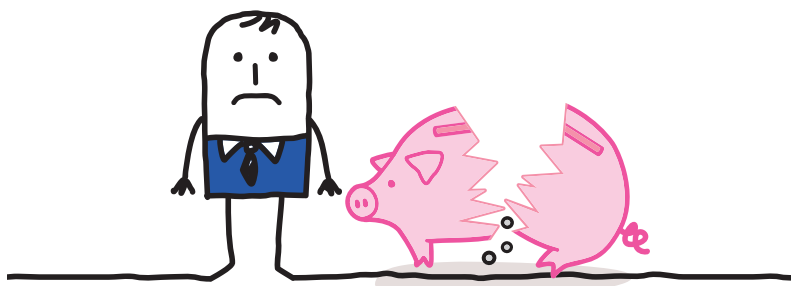
Le **coût (21 %)** est donc la deuxième cause du renoncement aux soins (15 % Moselle ou Tarn, 28 % Alpes-Maritimes). Cette raison majeure porte sur des situations aussi bien conjoncturelles que structurelles : « *Je n'avais pas d'argent à ce moment-là* » ; « *Je suis dans une situation financière difficile* » ; « *Le coût était important, même si je suis remboursé une partie, je ne peux pas avancer tous les frais* ».

Quand consultez-vous votre médecin traitant ?

(plusieurs réponses possibles)



⁴ Selon l'enquête ESPS (Ibid) près de 26 % des personnes déclarant avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. De même, 17% des bénéficiaires majeurs de l'assurance maladie déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois parce que le délai d'attente pour un rendez-vous était trop long, et 3 % parce que le cabinet était trop éloigné ou que les individus avaient des difficultés de transports.



Pour certains (5 %) c'est l'**éloignement des lieux de soins** qui pose problème avec des chiffres significatifs pour le Lot (16 %) ou les Alpes de Haute-Provence (17 %) : « *J'habite loin des lieux de soins* » ; « *Aucun pédiatre de notre région est en même temps homéopathe (or, il nous semble évident d'avoir recours, pour soigner un petit enfant, à l'homéopathie en première intention)* ».

L'automédication (45 %) (38 % Bouches-du-Rhône, 59 % Tarn) permet de retarder ou d'éviter la consultation mais n'est pas vraiment une cause de renoncement. Seule une petite partie de ces répondants s'inscrit d'ailleurs dans une logique de renoncement aux soins. « *Le médecin donne (prescrit) des médicaments presque pas ou pas remboursés donc je me soigne moi-même* » ; « *J'ai ce qu'il faut à la maison pour me soigner* ».

Concernant les répondants ayant énoncé d'autres raisons que celles proposées, la grande majorité exprime le fait qu'ils n'avaient pas envie d'aller chez le médecin même s'ils ont pleinement conscience de leur négligence « *Je ne me soigne pas par négligence* » ; « *J'attends de voir si ça passe* » ; « *J'ai oublié* » ; « *J'ai tendance à toujours remettre à plus tard. Je me dis que je suis encore debout et que ça passera* » ; « *On reporte et finalement on n'y va pas, peur d'y aller pour rien ! Je n'ai pas confiance (soigne plus les symptômes que la cause)* »

Le renoncement au soin atteint son maximum chez les « sans profession ». Pour les familles monoparentales, la proportion de familles qui ont déjà renoncé à aller chez le médecin est similaire à celle des familles modestes : on peut faire l'hypothèse que pour ces familles, les contraintes de coût (situation économique souvent précaire) et d'organisation des temps se cumulent pour rendre l'accès à la consultation problématique.

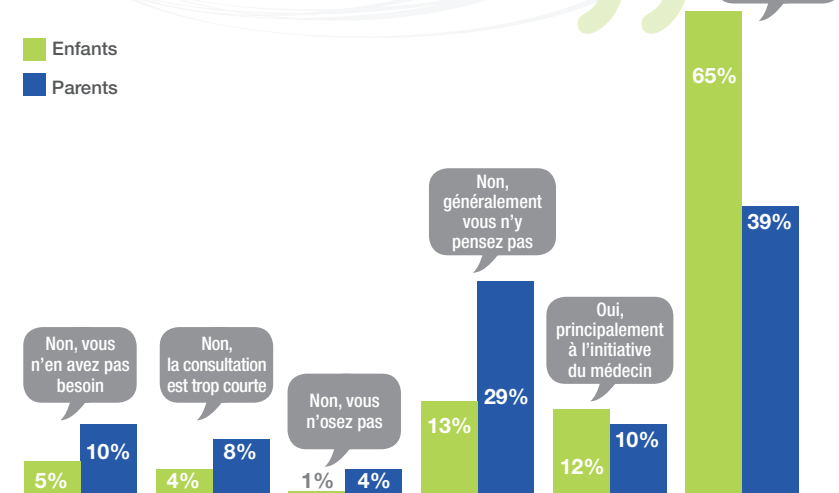
• Aborder le sujet de prévention avec son médecin : une pratique socialement différenciée

L'idée que le médecin généraliste doit jouer un rôle pivot dans la prévention s'est imposée

dans les politiques publiques de santé. Des dispositifs d'incitations financières ont été mis en place pour favoriser cette dimension de la pratique professionnelle. Or comme l'accès à la consultation médicale, mais pour des raisons probablement différentes, la facilité à aborder les sujets de prévention avec le médecin diffère selon que l'intéressé est le parent ou l'enfant, et selon le milieu social.

En effet, interrogés pour savoir si au cours d'une consultation, en dehors du motif initial, il leur arrive d'aborder avec leur médecin des sujets de prévention, les répondants mentionnent que les sujets de prévention sont davantage évoqués lorsqu'il s'agit des enfants. 65 % des parents prennent l'initiative de parler de prévention avec leur médecin quand le sujet concerne leur enfant (49 % Aisne, 66 % Ariège). Les sujets de prévention concernant les enfants sont moins abordés à l'initiative des parents dont le référent est « sans activité professionnelle » (48 %) que lorsqu'il est « ouvrier, employé » (70 %) ou encore « cadre, ingé-

Au cours d'une consultation, en dehors du motif initial, vous arrive-t-il d'aborder avec votre médecin des sujets sur la prévention ?



nier, chef d'entreprise » (61 %). Les parents « sans activité professionnelle » sont ceux exprimant le plus le fait de ne pas y penser (13 %). Quand le sujet les concerne directement, 39 % abordent des sujets de prévention (30 % Aisne, 46 % Hautes-Alpes), 29 % disent ne pas y penser (21 % Alpes de Haute Provence, 33 % Loire-Atlantique). 10 % estiment qu'ils n'en ont pas besoin, 8 % estiment qu'ils n'ont pas le temps car la consultation est trop courte et 4 % n'osent pas aborder ce sujet.

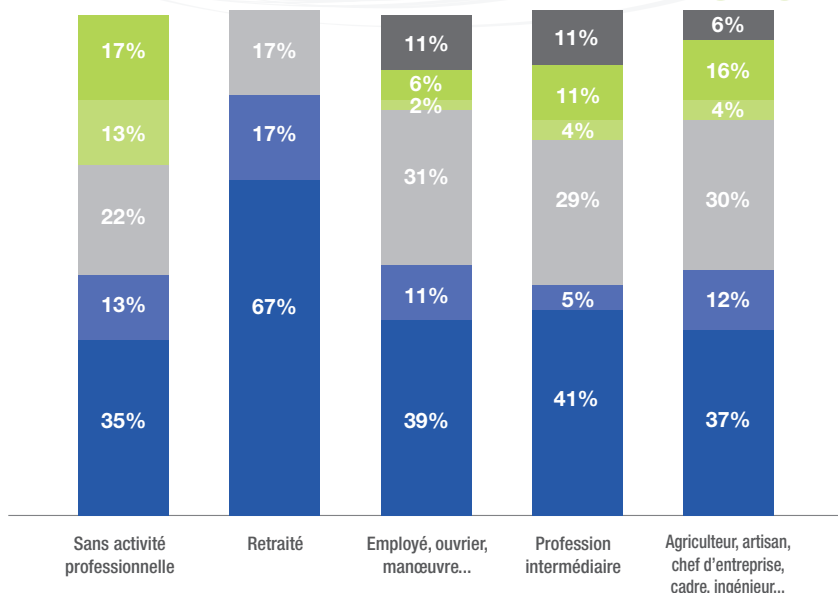
En conclusion, on peut dire que la prévention n'est pas considérée spontanément par les familles comme partie intégrante de la consultation : le médecin reste davantage perçu comme un prescripteur (de médicaments) que comme « éducateur ».

Pour reprendre les termes d'une autre étude :

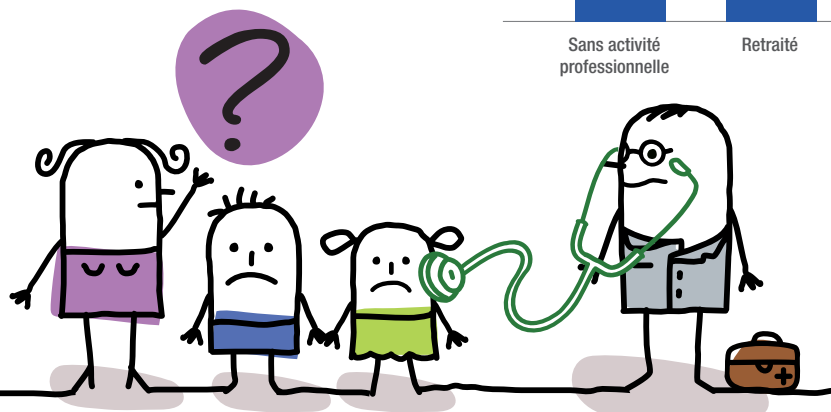
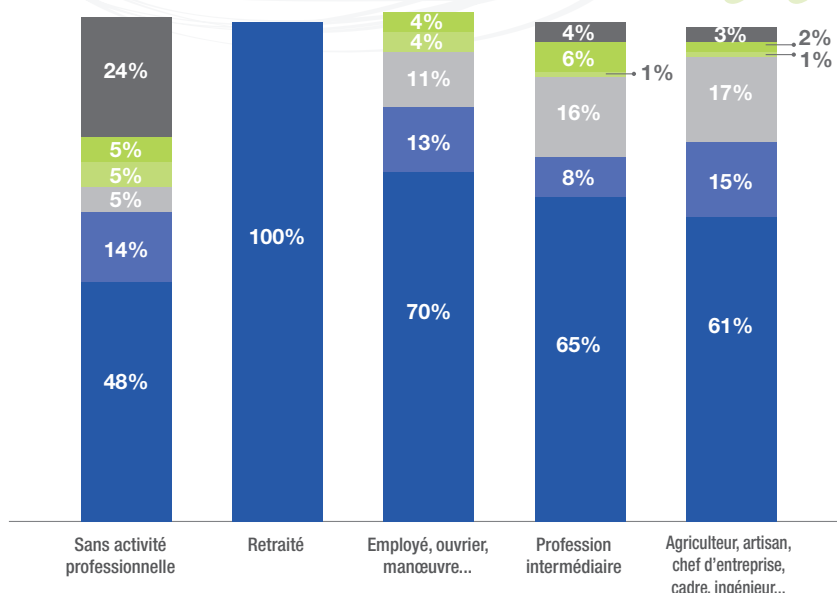
« Le médecin traitant n'est pas perçu comme un acteur possible de prévention, il est celui qui va poser un diagnostic, traiter la pathologie, celui que l'on va voir lorsque l'on est souffrant mais pas celui qui pourrait éviter la survenue d'une maladie en prodiguant des conseils. Pour résumer, le médecin est celui qui soigne et qui prescrit des médicaments⁵ ».

⁵ Etude « OTUS », recueil de paroles, CISS Nord Pas-de-Calais, 2013

Au cours d'une consultation, en dehors du motif initial, vous arrive-t-il d'aborder avec votre médecin des sujets sur la prévention pour VOUS-MÊME ?



Au cours d'une consultation, en dehors du motif initial, vous arrive-t-il d'aborder avec votre médecin des sujets sur la prévention pour VOTRE / VOS ENFANTS ?



- Oui, principalement à votre initiative
- Oui, principalement à l'initiative du médecin
- Non, généralement vous n'y pensez pas
- Non, vous n'osez pas
- Non, la consultation est trop courte
- Non, vous n'en avez pas besoin

Hygiène de vie : des écarts entre les principes et les pratiques

Le point le plus intéressant concerne les pratiques considérées comme importantes mais que les familles ne parviennent pas à appliquer. Les règles les plus difficiles à respecter sont la pratique régulière d'une activité physique pour 53 % (44 % Loire-Atlantique, 65 % Aisne) et l'organisation du sommeil. En effet, sur ce dernier point, près de 51 % considèrent qu'il est important d'avoir des heures de coucher fixes et adaptées (42 % Manche ou Var, 54 % Hautes-Pyrénées) ainsi qu'un nombre d'heures de sommeil suffisant 49 % (40 % Manche, 52 % Bouches-du-Rhône), mais ne le font pas. Quant aux hypothèses sur l'écart entre les principes et la pratique, elles mériteraient d'être approfondies : manque de temps (ce qui renvoie à l'organisation du temps familial mais aussi aux contraintes de transport ou de la

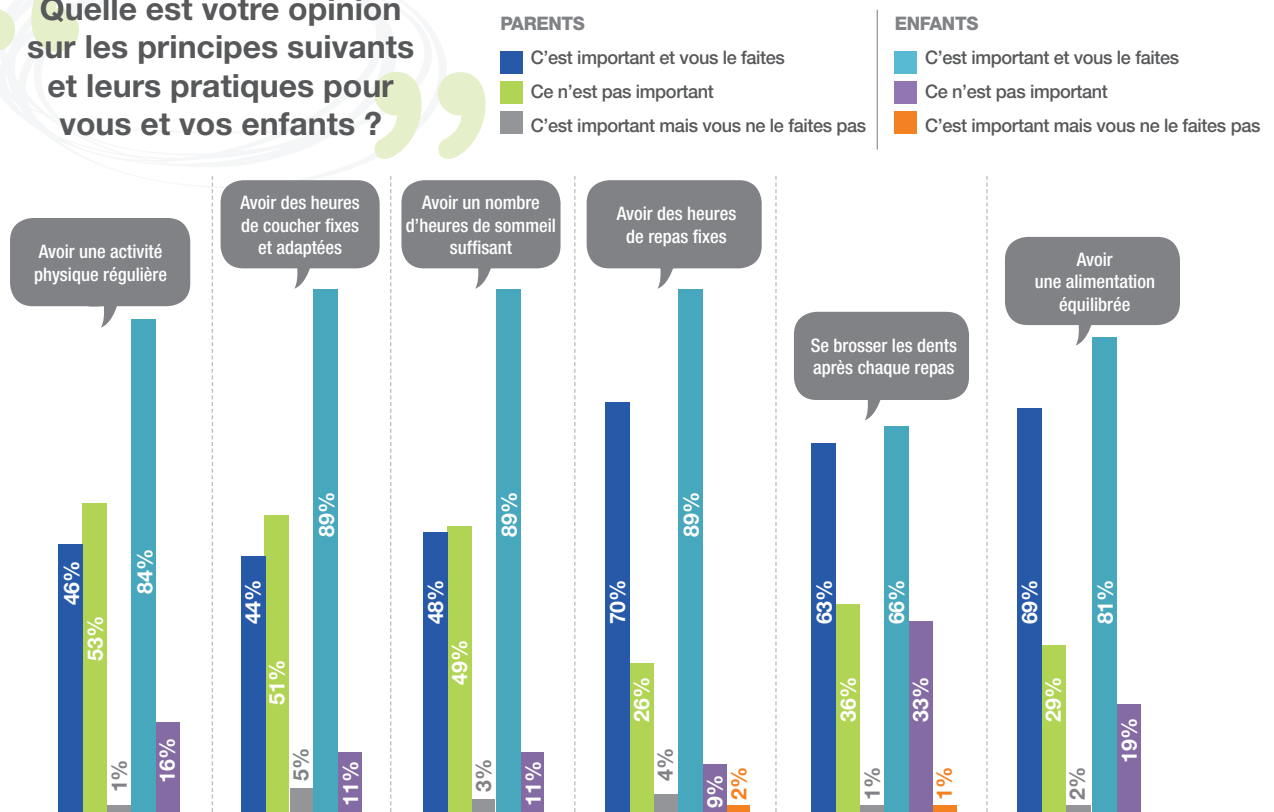
vie professionnelle⁶), difficultés de pratiquer une activité physique pour des raisons financières mais aussi parce que les infrastructures sont absentes dans certains territoires...

Les principes les plus respectés concernent l'alimentation (les repas à heures fixes 70 % (64 % Bouches-du-Rhône, 80 % Bas-Rhin) et l'équilibre alimentaire 69 % (63 % Aisne, 80 % Hautes-Alpes). 50 % des répondants appliquent au moins 4 principes d'une bonne hygiène de vie pour eux-mêmes parmi les 6 proposés. Là encore, comme pour les pratiques en termes de consultations médicales, on peut constater que les règles d'hygiène de vie sont fortement ciblées sur les enfants. Concernant les enfants, 87 % des répondants appliquent au moins 4 principes sur 6 d'une bonne hygiène de vie.

Les foyers des catégories supérieures appliquent davantage les principes pour une bonne hygiène de vie à leurs enfants. Plus la catégorie sociale est élevée, plus la proportion de familles appliquant les bonnes règles d'hygiène de vie est importante. Par exemple, alors que 53 % des cadres, chefs d'entreprise, estiment qu'avoir une activité est important et affirment en pratiquer une, 43 % des employés, ouvriers et 32 % des « sans activité professionnelle » sont dans ce cas. On constate les mêmes contrastes concernant le fait d'avoir une alimentation équilibrée avec respectivement 74 %, 61 % et 56 %. Des facteurs culturels, mais aussi matériels (emplois du temps moins contraints, habitats plus favorables, coût des produits alimentaires de qualité) pourraient expliquer ces écarts.

⁶ Voir L. Iesnard, La famille désarticulée – les nouvelles contraintes de l'emploi du temps, PUF, 2009, 213p.

Quelle est votre opinion sur les principes suivants et leurs pratiques pour vous et vos enfants ?



Alimentation : des familles sensibilisées

La cellule familiale est le lieu des apprentissages alimentaires susceptibles d'influencer les comportements tout au long de la vie. Dans notre enquête, 8,5 répondants sur 10 estiment avoir une alimentation équilibrée (7,7 Aisne, 9,2 Hautes-Alpes). Ils sont 9,2 sur 10 chez les catégories supérieures, 8,8 sur 10 chez les catégories intermédiaires, 8 sur 10 dans les foyers des catégories inférieures, 7,6 sur 10 chez les « sans activité professionnelle ».

• Le repas en famille favorise l'équilibre alimentaire

Manger en famille est associé à l'équilibre alimentaire. 88 % pensent que le fait de prendre ses repas quotidiennement en famille incite à manger plus équilibré (81 % Aisne, 93 % Aveyron).

Selon le recueil de verbatim, pour les parents « un repas pris seul n'incite pas à manger équilibré » et il y a plus de « plaisir à préparer un repas équilibré pour toute la famille ». Parce que manger doit « être un moment privilégié », il est nécessaire de « prendre son temps et de ne

pas manger devant la télé ». Pour les familles, quand « on est plusieurs à table », le repas « est un vrai moment de convivialité et de partage ». « C'est un moment d'échanges essentiel dans la journée. »

De plus, cela semble rassurer les parents car ils ont les moyens de « contrôler l'alimentation des enfants » ou de « voir ce qu'ils mangent ». Cela coupe court « au grignotage » et « cela incite les parents à varier le menu et cuisiner des aliments frais pour les enfants » car « il faut leur transmettre les bonnes habitudes » ; les parents doivent « montrer l'exemple et apprendre » aux enfants à bien manger.

Pour autant, la pratique du repas équilibré cuisiné sur place et pris en famille se heurte à des obstacles que les répondants identifient spontanément.

• Pour les parents, manger mieux a un coût

Ainsi, prendre un repas en commun est aussi une question de temps : pour certains répondants, « c'est la course quotidienne » et ils n'ont « pas le temps de cuisiner ».

Le coût est aussi financier. Selon certains « manger équilibré est

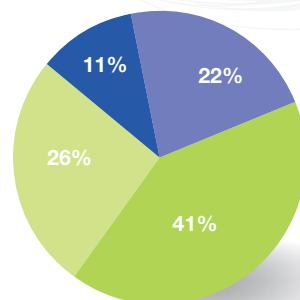
une question d'argent et non de repas pris seul ou non » car bien manger « c'est trop coûteux ». Il faudrait « cesser de culpabiliser les familles qui ne peuvent pas manger de fruits ou de légumes » car certaines prennent « toujours leurs repas ensemble mais elles n'ont pas assez d'argent pour manger équilibré ».

63 % des répondants estiment qu'il est plus cher de manger équilibré (47 % Aveyron, 69 % Aisne). C'est le cas pour 68 % des familles dont le répondant est « sans activité professionnelle », contre 62 % pour les catégories intermédiaires et les cadres. Nicole Darmon considère que « les personnes soumises à de très fortes contraintes budgétaires n'ont pas d'autre choix que de se tourner vers une alimentation trop riche en énergie et faible en nutriments essentiels ». La consommation de fruits et légumes est particulièrement faible pour les catégories socio-professionnelles les moins favorisées.

⁷ Nicole DARMON, « Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi », La santé de l'homme, Paris, I.N.P.E.S., n°402, JUILLET-AOÛT 2009, pp. 13-15, <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/402/02.htm>, le 4/11/2013.
France CAILLAVET, Nicole DARMON, Anne L'HUSSIÈRE, Faustine REGNIER, « L'alimentation des populations défavorisées en France : synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel », Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006, Paris, La Documentation Française, 2006, pp. 279-322, http://ompe.gouv.fr/IMG/pdf/travaux2005-2006-2-1-3-alimentation_synthese-Caillavet.pdf, le 30/01/2014.



Pensez-vous qu'il soit plus cher de manger équilibré ?



- Non, pas du tout
- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas

Le coût d'une alimentation équilibrée pour les familles : l'apport des « budgets-types » de l'UNAF

L'Unaf développe et perfectionne depuis les années cinquante des budgets-types visant à évaluer les besoins pour que les familles puissent vivre dans des conditions décentes. Ces budgets identifient les besoins d'une famille-type et calculent ainsi les sommes nécessaires pour les couvrir. Ces budgets-types couvrent 10 postes dont l'Alimentation et sont disponibles sur le site internet de l'UNAF.

Ainsi le poste Alimentation a été construit à partir des recommandations du programme national nutrition santé (PNNS), des recommandations du Groupe d'Etudes des Marchés de Restauration Collective et de nutrition (GEMRCN) qui fournissent des quantités de nourriture conseillées, de l'arrêté du 30/09/2011 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire et des recommandations de l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie (ADEME).

Le poste Alimentation correspond aux dépenses nécessaires pour alimenter à la maison une famille (tous les repas sont pris à la maison)⁹.

D'après cette modélisation, en mai 2013 une famille comprenant un couple et 2 enfants âgés de 6 à 14 ans a besoin de **784 €** pour son alimentation, si les enfants sont des adolescents, de 903 € et si elle est nombreuse (4 enfants) de 1 250 €.

Pour un couple et 2 enfants de 6 à 14 ans, le poste alimentation représente **26 %** du budget total, autant que le poste logement.

Au vu de cette modélisation, il n'est pas surprenant que 63 % des répondants ont le sentiment qu'il est plus cher de manger équilibré.

⁹ Ce choix ne provient pas d'une préconisation quelconque, mais de la difficulté à modéliser les prix pour la restauration collective, scolaire ou professionnelle. En effet, pour les élèves, les subventions accordées dépendent fortement de la collectivité territoriale et de l'âge de l'enfant et pour les adultes les aides accordées par l'employeur sont également très variables, voire nulles dans certains cas (tickets restaurant, financement du restaurant collectif, ...) et sont parfois liées au niveau de salaire. En ce qui concerne le restaurant, il n'a pas été considéré comme faisant partie d'un minimum de vie décente.

• Des informations nutritionnelles peu prises en compte

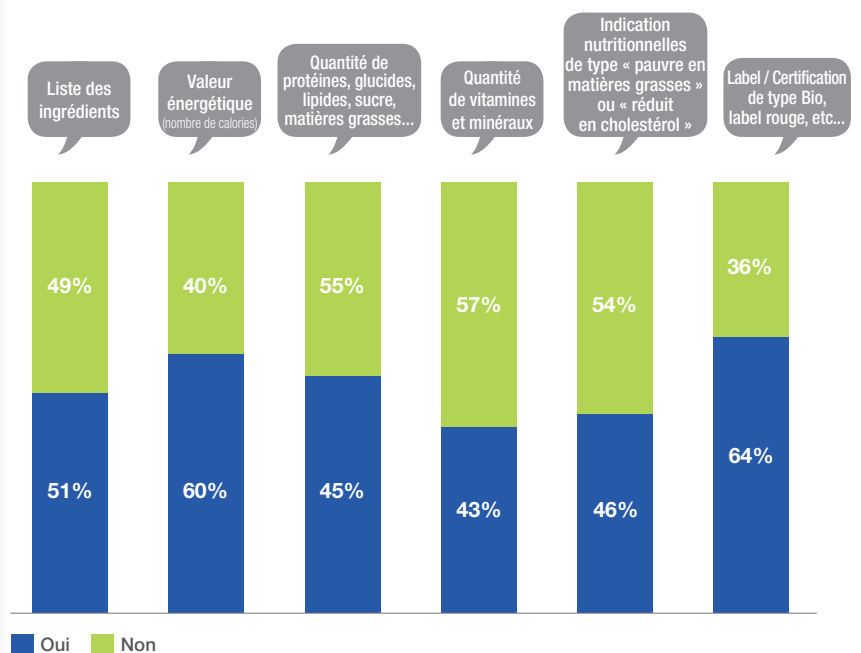
Les informations nutritionnelles et énergétiques figurant sur les étiquettes ont peu d'impact sur le consommateur : il les lit peu, même si, en général, elles sont plutôt comprises. Les informations les plus opaques pour les familles sont la liste d'ingrédients et les indices de vitamines et minéraux.

Concernant la lecture des informations, on constate une forte disparité de comportement entre les départements. Si la liste des ingrédients est lue attentivement dans 48 % des cas dans l'Aisne, elle est lue à 71 % dans les Hautes-Alpes par exemple. Pour la quantité de protéines, glucides, lipides, sucre..., 35 % dans la Meuse et 50 % en Moselle. Concernant les indications nutritionnelles de type « pauvre en matière grasse » ou « réduit en cholestérol », elles sont lues attentive-

ment à 31 % dans le Gers et à 49 % en Moselle. Pour ce qui est des labels et certifications bio, ils retiennent davantage l'attention en Haute-Garonne (73 %) que dans le Pas-de-Calais (46 %). Ces informations, bien que de plus en plus présentes sur les paquets, ne sont pas toujours très bien comprises. Toutes ces informations influencent-elles le comportement ? 57 % affirment que la liste des ingrédients exerce une influence sur leur achat (41 % Aisne, 67 % Hautes-Alpes ou Haute-Garonne).

Mais pour ce qui est des informations sur la valeur énergétique (29 %) (23 % Gers, 37 % Moselle), de la quantité de protéines, glucides, lipides... (35 %) (30 % Manche ou Deux-Sèvres par exemple, 45 % Bas-Rhin), ou encore de la quantité de vitamines et minéraux (16 %) (12 % Eure, 23 % Haut-Rhin), on observe qu'elles n'influencent que très peu le comportement d'achat.

Trouvez-vous les informations nutritionnelles compréhensibles ?



Les réponses montrent que lorsque l'information n'est pas assez compréhensible, elle n'exerce pas une influence sur les comportements des familles.

Des différences de comportement face à ces informations existent entre les différentes catégories de familles. En effet, et en prenant l'exemple de la liste des ingrédients, il apparaît que 70 % des cadres, chefs d'entreprise, disent la lire, alors que 54 % des employés, ouvriers et 57 % des « sans activité professionnelle » affirment y être attentifs. Dans le même temps 53 % des cadres, chefs d'entreprise estiment qu'elles sont compréhensibles alors qu'ils sont 42 % des employés, ouvriers à partager cet avis. C'est alors sans surprise, étant donné que le message est compris que 71 % des cadres, chefs d'entreprise disent que la liste d'ingrédients influence leur comportement d'achat alors qu'ils sont seulement 42 % des employés, ouvriers.

En France plusieurs rapports vont dans le sens d'une amélioration de la lisibilité des informations. Le professeur Serge Hercberg propose de mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face-avant des emballages sous la forme d'un outil synthétique compréhensible immédiatement par tous avec un code couleur : l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS⁹. L'idée d'une amélioration de l'étiquetage est aussi présente dans le rapport du CESE tendant à « favoriser l'accès pour tous à une alimentation de qualité, saine et équilibrée » avec des codes couleurs comme en Grande Bretagne et une attention particulière pour les besoins de publics spécifiques (enfants, malades chroniques...)¹⁰.

Le projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé en 2015 consacre un article à l'amélioration de l'information nutritionnelle.

• Des principes alimentaires globalement connus

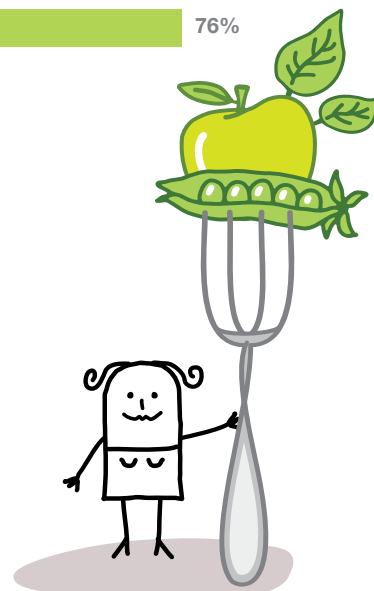
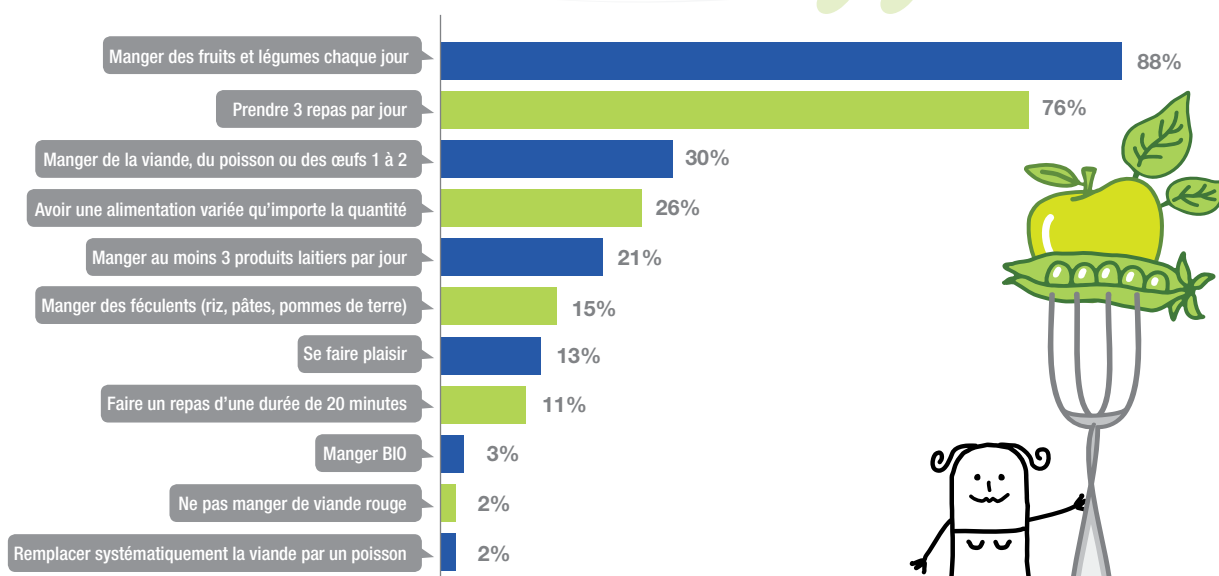
Les répondants estiment qu'il est important de manger des fruits et des légumes chaque jour (88 %) (81 % Nord ou Pas-De-Calais, 93 % Bas-Rhin), de prendre 3 repas par jour (76 %) (63 % Aisne, 79 % Manche ou Orne ou Seine-Maritime), et de manger de la viande, du poisson ou des œufs 1 à 2 fois par jour (30 %) (21 % Hautes-Alpes, 36 % Manche).

La détermination du caractère équilibré d'une alimentation peut être discutée mais un consensus semble s'être établi sur la base des recommandations actuelles

⁷ Le rapport remis le 28 janvier 2014 à la ministre de la santé Madame Touraine, « Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique, préconise d' : « éclairer les consommateurs (notamment les plus défavorisés sur la qualité nutritionnelle des aliments pour les aider à arbitrer leurs choix, tout en respectant leur liberté (prévention active) ; améliorer l'offre de marketing en réduisant la pression incitant les consommateurs, notamment les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes...), à orienter leur consommation vers des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle, et en favorisant l'incitation vers des choix alimentaires plus favorables à la santé... » in « propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la stratégie nationale de santé » Pr Serge Hercberg novembre 2013 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/14400068/0000.pdf> T. Damien, Favoriser l'accès pour tous à une alimentation de qualité, saine et équilibrée, avis du CESE, février 2014, p. 20 à 24.

Pour vous quels sont les 3 principaux critères d'une alimentation équilibrée ?

(3 réponses maximum)



du « Guide Alimentaire pour Tous » du Programme National Nutrition Santé considérant qu'il convient de manger :

- **5 fruits et légumes par jour sous toutes leurs formes ;**
- **3 produits laitiers par jour ;**
- **1 aliment du groupe viande/volaile/poisson/œuf 1 à 2 fois par jour ;**
- **Des féculents à chaque repas.**

Si l'on se réfère à ce guide, seulement 6 % des familles interrogées ont cité trois critères dans

la liste entrant dans la définition d'une alimentation équilibrée. 52 % en ont cité 2 et 42 % n'en ont cité qu'un. Pour rappel, 85 % des répondants ont estimé précédemment avoir une alimentation équilibrée. En France, contrairement à d'autres pays européens, prendre trois repas par jour est un critère très important dans la définition d'une alimentation équilibrée (76 % des répondants) ; l'étalement des repas prend ainsi une importance presque aussi grande que l'équilibre des repas.

Concernant le grignotage, les exigences paraissent moindres pour les enfants. Les familles sont d'autant plus vigilantes sur le grignotage que la catégorie socio-professionnelle est élevée. 50 % des « sans activité professionnelle déclarent qu'ils ont l'habitude de grignoter en dehors des repas (64 % concernant leur(s) enfant(s)) ; 30 % des ouvriers/employés (28 % concernant leur(s) enfant(s)) ; et 31 % des catégories supérieures (24 % concernant leur(s) enfant(s)).

Le rangement et la prise des médicaments : des pratiques plutôt prudentes et raisonnées

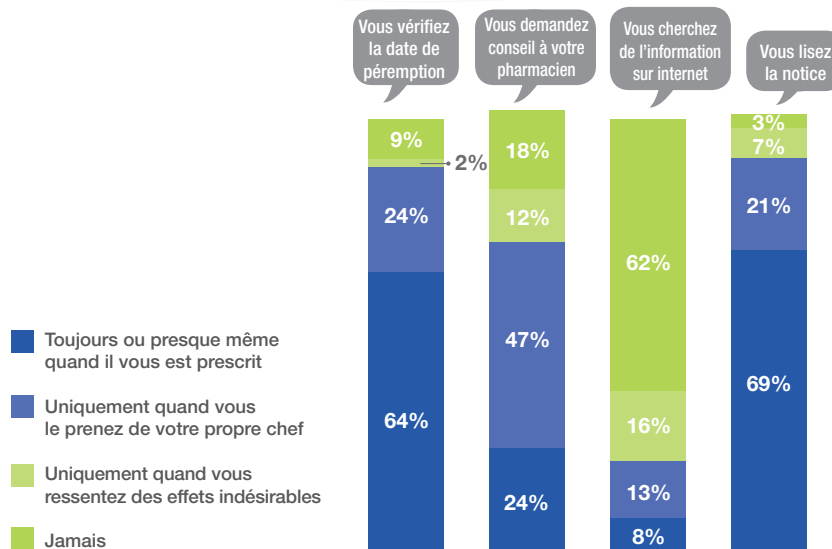
Dans le rapport déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée en conclusion des travaux de la mission sur le Mediator et la pharmacovigilance, le député Roland Muzeau¹¹ indiquait : « On estime dans notre pays à 150 000 le nombre d'hospitalisations annuelles liées à des accidents médicamenteux et de 13 à 18 000 le nombre de morts provoquées par des médicaments ». Ce chiffre de l'avis de tous est sans doute largement sous-estimé. Les personnes âgées et les enfants sont les premières victimes des intoxications médicamenteuses qui, aujourd'hui encore, sont trop nombreuses. Selon les statistiques, 30 à 60 % de ces accidents pourraient être évités. Parmi les pratiques incriminées, erreur quant à la prise des médicaments, risque d'interactions médicamenteuses, automédication à mauvaise escient, médicaments mal rangés sont autant de sources potentielles d'erreurs et d'accidents. C'est pourquoi les comportements relatifs à l'usage

des médicaments font partie intégrante des pratiques de prévention. Même lorsqu'il est prescrit, la prise du médicament s'accompagne d'une lecture de la notice pour 69 % des répondants (52 % Calvados, 75 % Alpes de Haute-Provence). La lecture de la notice, y compris lorsque le médicament est prescrit par le médecin, n'est pas superflue. Au contraire, elle témoigne d'une marque de responsabilité surtout

pour les enfants. Les posologies ou contre-indications sont nombreuses, tout comme les cas d'allergies non forcément signalés au médecin (nouveau médecin, remplaçant, lieu de vacances...)

Le stockage des médicaments est une préoccupation importante pour les répondants. 85 % d'entre eux estiment que leurs médicaments sont rangés dans un endroit inaccessible aux

“ Quand vous prenez un médicament : ”



¹¹ Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 juin 2011. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur le Mediator et la pharmacovigilance et présenté par M. Jean-Pierre Door, Député.

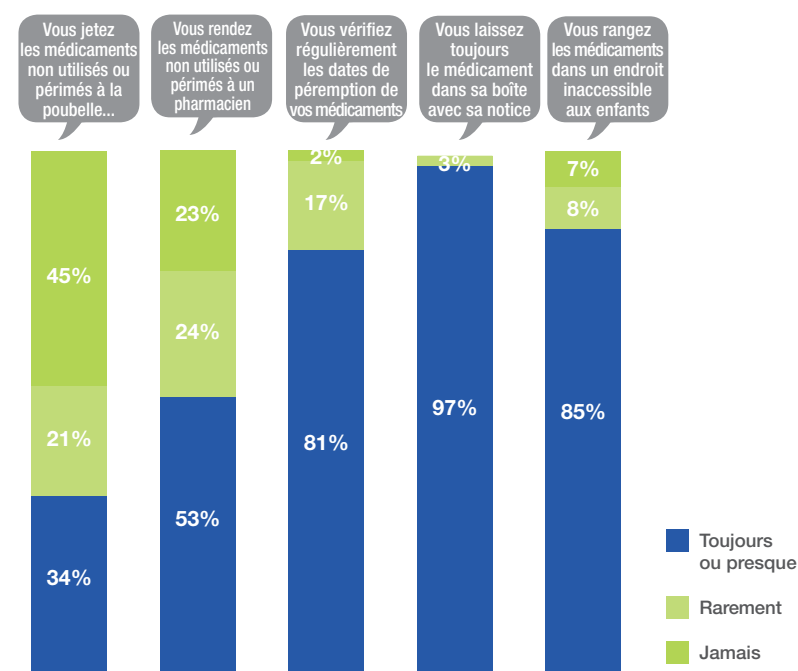
enfants (84 % Alpes de Haute Provence, 94 % Moselle). Ils sont 97 % à laisser les médicaments dans leur boîte avec la notice (94 % Alpes-Maritimes, 99 % Eure) et 81 % à vérifier régulièrement les dates de péremption (80 % Gers ou Loire, 88 % Seine-Maritime).

Sur l'ensemble des répondants, parmi les 5 actions de prévention liées au rangement des médicaments :

- 57 % appliquent 4 actions préventives sur les 5 conseillées ;
- 28 % en appliquent 3 ;
- 11 % en appliquent 2 ou moins ;
- 2 % des répondants appliquent les 5 actions préventives concernant la conservation des médicaments ;

Les bonnes pratiques de rangement des médicaments sont quasi identiques dans toutes les catégories de familles. 61 % des chefs d'entreprise, cadre... et 60 % des employés, ouvriers appliquent 4 actions préventives sur les 5 conseillées.

Parmi les actions préventives suivantes, lesquelles appliquez-vous ?



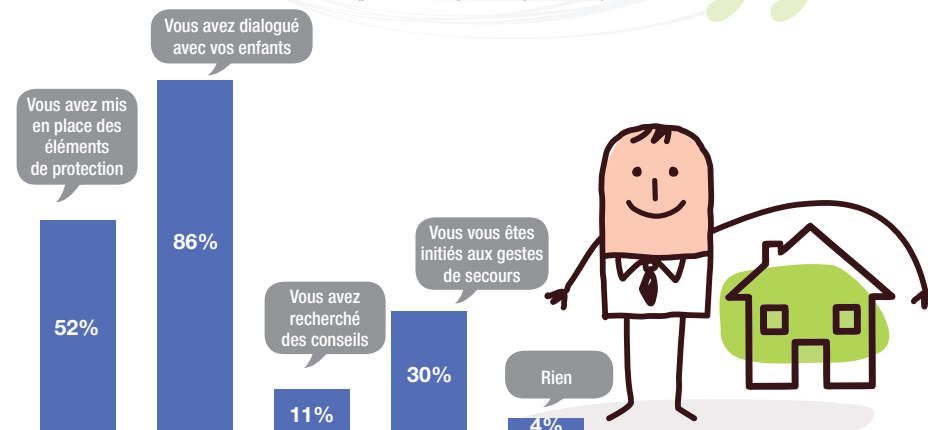
Prévention des accidents domestiques

• S'organiser pour prévenir les accidents domestiques

Les accidents de la vie courante constituent la troisième cause de mortalité en France. Il y a 11 millions d'accidents domestiques par an. Ces accidents ont pour principales victimes les personnes âgées de plus de 74 ans et les enfants. Pour les répondants, la prévention des accidents domestiques, tout comme la réaction à ces accidents, se différencie « pour soi » de « pour les enfants ». Les

Qu'avez-vous fait pour éviter les accidents domestiques dans votre logement ?

(plusieurs réponses possibles)



adultes portent une plus grande attention aux risques pouvant toucher les enfants.

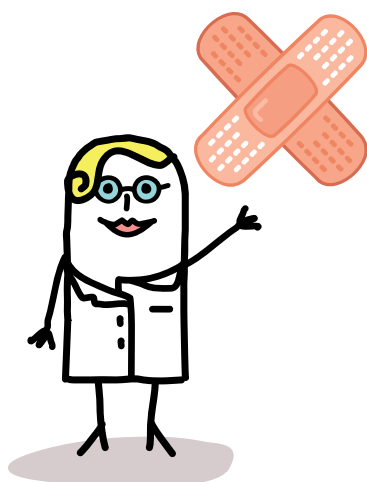
Pour éviter les accidents domestiques, les répondants évoquent en premier l'explication du danger aux enfants (86 %) (82 % Oise, 90 % Hérault), ensuite la mise en place d'éléments de protection (52 %) (40 % Orne, 55 % Bouches-du-Rhône) et l'initiation aux gestes de secours (30 %) (28 % Bouches-du-Rhône, 40 % Haut-Rhin).

Le dialogue avec les enfants est autant utilisé dans toutes les catégories. Il en est de même pour l'initiation aux gestes de secours.

Il n'apparaît pas de différence significative sur ce sujet en fonction de la catégorie sociale des familles.

• Quelles modalités de dialogue avec les enfants ?

La façon d'aborder la question des accidents domestiques fait une large part à l'interaction directe avec les enfants : c'est une information qui est très peu « sous-traitée », que ce soit à internet (3 %) ou à une autre personne hors parents (1 %). Cette spécificité de l'information sur les accidents domestiques semble donc nécessiter une information centrée sur la famille / les parents, et non sur des outils plus généraux.



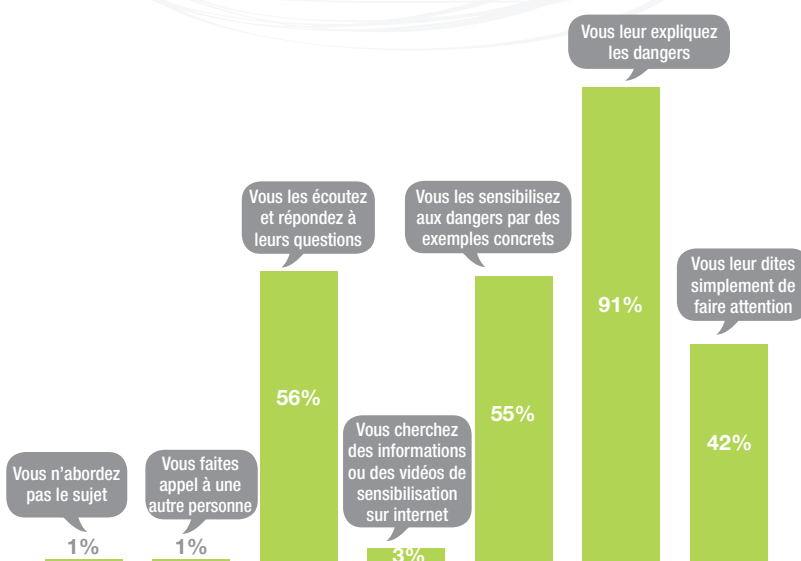
• Les réactions face à l'accident

20 % des adultes et 27 % des enfants ont déjà eu ou failli avoir un accident domestique. Les brûlures et les chutes sont les accidents les plus fréquents. La réaction la plus fréquemment

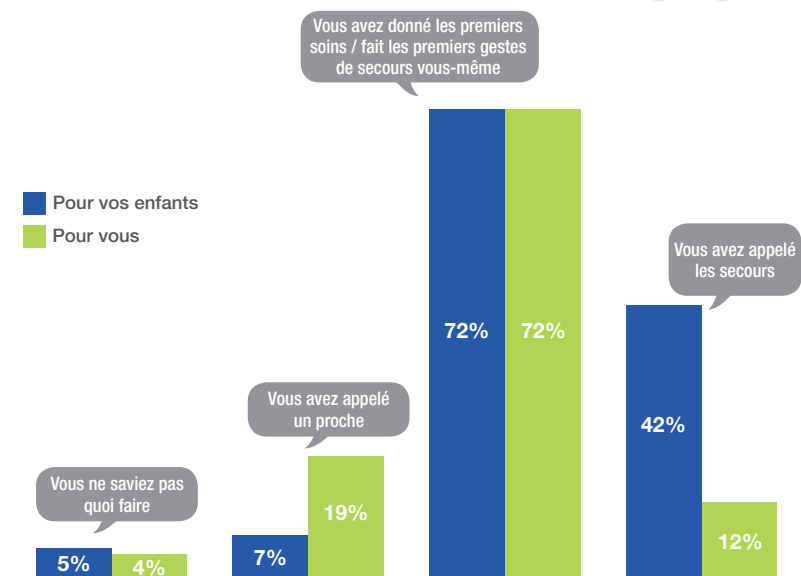
citée est de donner les premiers soins. L'appel aux secours est plus spontané pour les accidents touchant les enfants que pour ceux touchant les adultes, probablement parce que ce recours apparaît plus protecteur que le recours aux proches.

Comment abordez-vous la question de la prévention des accidents avec vos enfants ?

(plusieurs réponses possibles)



Quelle a été votre réaction suite à un accident domestique pour vous ou vos enfants ?



Quels besoins de prévention pour les familles ?

Les besoins des familles en termes de prévention

• Les thématiques de la prévention

Les thèmes de prévention sur lesquels les répondants souhaiteraient principalement être mieux informés sont :

- le stress et le mal-être en général (42 %) (34 % Var, 47 % Haute-Vienne),
- la santé et l'environnement (35 %) (23 % Charente-Maritime, 35 % Lot),
- les addictions aux écrans / jeux vidéo (23 %) (15 % Eure, 30 % Alpes-Maritimes),
- les maladies cardiovasculaires (19 %) (17 % Hautes-Pyrénées, 27 % Pas-de-Calais),
- les problèmes de sommeil (19 %) (16 % Lot ou Manche par exemple, 26 % Aisne).

Bien qu'étant le thème le plus cité en besoin d'information, le stress et le mal-être est un des thèmes le moins évoqué en famille (15 % contre 53 % pour le bien-être et activité physique ou 42 % pour l'alimentation).

Les familles indiquent qu'elles ont besoin, pour aborder ces sujets d'un interlocuteur extérieur (37 %). On retrouve la même attente concernant les addictions à l'alcool, au tabac, aux drogues ; les addictions liées aux écrans et jeux-vidéo et les maladies infectieuses. Peut-être parce qu'il s'agit de pathologies présentant une dimension psychologique ou touchant à l'intimité, les familles sont peut-être plus démunies que face à des sujets de prévention plus simples à aborder comme l'alimentation.

• Les acteurs naturels de la prévention

Le **médecin traitant**¹² apparaît très largement comme l'interlocuteur le mieux identifié pour obtenir des informations sur la prévention en matière de santé (92 %) (88 % Creuse, 95 % Calvados ou Haute-Vienne), son rôle est donc essentiel en la matière. **Mais nous avons vu que cette référence ne débouchait pas forcément sur des pratiques effectives lors des consultations.**

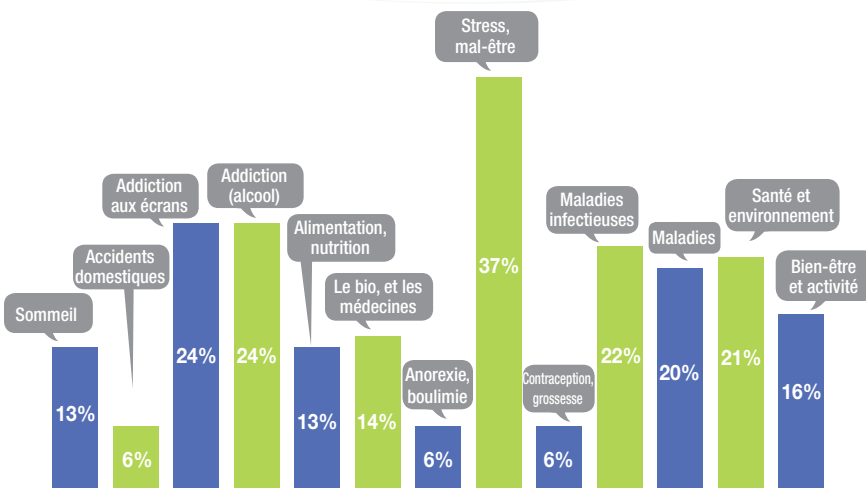
Le médecin n'est d'ailleurs pas le seul interlocuteur identifié par les familles, le rôle du **pharmacien** est également cité par 50 % des répondants (41 % Hautes-Alpes ou Moselle, 57 % Deux-Sèvres). Dans les années à venir, il est probable que les politiques publiques favorisent

l'implication des pharmaciens dans les domaines de la prévention, de l'éducation à la santé et de la délivrance de l'information, du fait notamment du déficit de la présence des médecins au sein de certains territoires. Les familles sont déjà nombreuses à reconnaître ce rôle aux pharmaciens.

Enfin, 34 % des répondants (29 % Corrèze, 40 % Alpes-Maritimes ou Moselle) citent **les proches** comme interlocuteurs en ces domaines. Ces deux dernières sources d'informations sont davantage privilégiées par les foyers « sans activité professionnelle » que pour les autres catégories. Aller chercher un conseil auprès d'un pharmacien ou d'un proche est un acte gratuit contrairement au médecin qui nécessite le règlement d'une consultation.

Quels sont les 3 thèmes pour lesquels vous auriez besoin d'un interlocuteur extérieur ?

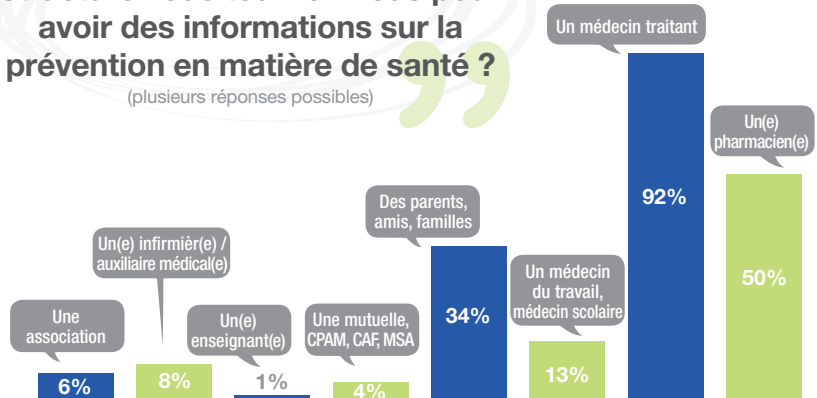
(3 réponses maximum)



¹² Les médecins généralistes estiment très majoritairement que la prévention relève de leur rôle et de leur compétence. C'est notamment le cas pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardio-vasculaire ou bien le tabagisme : respectivement 90,1 % et 81,7 % des médecins déclarent que la prévention dans ces domaines fait tout à fait partie de leurs prérogatives. Les thèmes pour lesquels ils déclarent avoir un rôle important en prévention sont aussi ceux qu'ils ont le plus de facilité à aborder. Ainsi, 96,1 % des médecins disent qu'il est facile d'aborder le risque cardio-vasculaire avec leurs patients, 95,5 % le dépistage des cancers et 89,2 % le tabagisme. A l'inverse, seuls 58,7 % disent aborder facilement les questions relatives à la vie affective et sexuelle et 57,0 % l'usage de drogues illicites. La seule exception concerne le thème de l'alcool : 98,4 % des médecins déclarent qu'il relève de leur rôle alors que seuls 60,4 % d'entre eux estiment qu'il est facile à aborder. Il semble que la facilité de traiter certains sujets soit moindre lorsqu'il s'agit d'un sujet perçu comme touchant à l'intime et vis-à-vis duquel le médecin peut craindre d'être intrusif ou pas assez « outillé » pour une prise en charge comportant une dimension éducative importante. Source Baromètre santé médecins 2009 opinions et pratiques préventives des médecins généralistes en France in La Santé de l'homme n°414 juillet/août 2011 INPES

D'une manière générale, vers quelle personne ou quelle structure vous tournez-vous pour avoir des informations sur la prévention en matière de santé ?

(plusieurs réponses possibles)



Quels moyens de communication en matière de prévention santé ?

• Une bonne connaissance du grand public et des campagnes de prévention jugées positivement

85 % des répondants se sentent informés (19 % « tout à fait informés » et 66 % « plutôt informés ») sur les pratiques pour « être et rester en bonne santé ». Les messages des campagnes de prévention apparaissent, pour 91 % des répondants comme

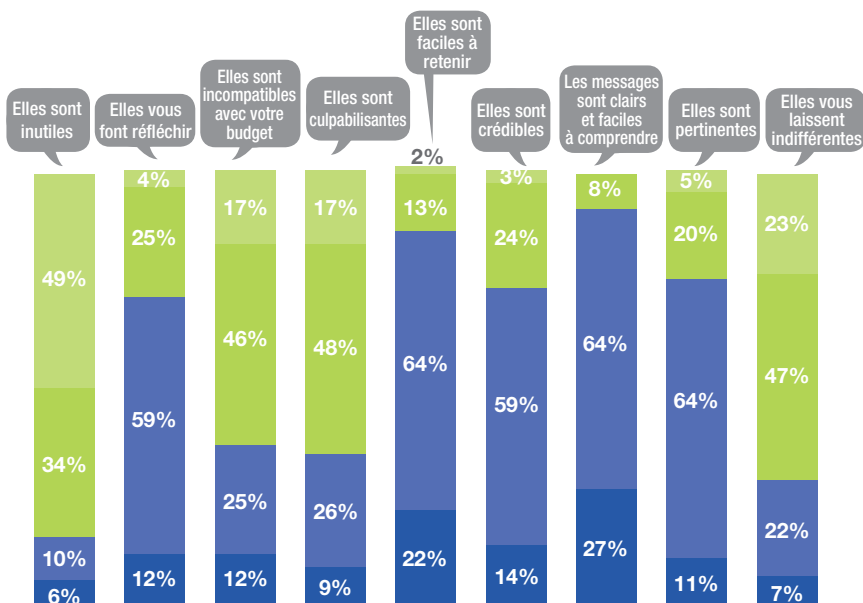
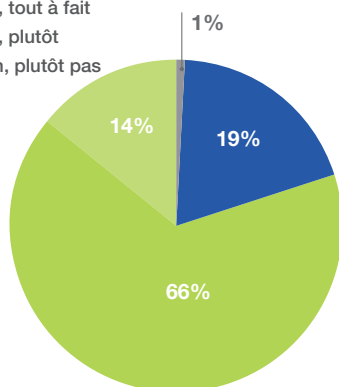
clairs et faciles à comprendre (89 % Haut-Rhin ou Haute-Vienne, 95 % Oise). Pour 71 %, elles les font réfléchir (70 % Tarn, 82 % Orne). En outre, elles se révèlent crédibles et pertinentes (respectivement pour 73 % (69 % Ariège, 83 % Bas-Rhin) et 75 % d'entre eux (70 % Aisne, 82 % Bas-Rhin)). Enfin, leur utilité est reconnue pour 83 % (82 % Ariège ou Charente-Maritime, 89 % Haute-Garonne ou Oise). Ces opinions sont proches quelle

que soit la catégorie.

Le plus grand nombre de références faites à des slogans est pour l'alimentation (plus d'un tiers), avec le désormais incontournable « Manger 5 fruits et légumes par jour ». Les problèmes d'addictions sont également évoqués ainsi que les slogans relatifs à la santé et aux maladies. Concernant les médicaments, « Les antibiotiques, c'est pas automatique » a été cité majoritairement.

Pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les bonnes conduites pour « être et rester en bonne santé » ?

■ Non, pas du tout
■ Oui, tout à fait
■ Oui, plutôt
■ Non, plutôt pas



• Les sources d'information privilégiées des répondants

La télévision est la première source d'information en matière de prévention santé (57 %) (44 % Lot ou Tarn, 64 % Pas-de-Calais). Elle est légèrement plus sollicitée par les familles modestes (ouvriers, employés) et constitue le principal canal d'information des « sans activité professionnelle ». Le deuxième moyen d'information sollicité passe par les messages écrits comme les plaquettes et les dépliants (49 %) (42 % Alpes-Maritimes, 59 % Lot ou Tarn). Ce sont les catégories modestes qui y ont le plus recours ainsi que les catégories intermédiaires. En troisième et quatrième moyen, on trouve la recherche sur Internet (47 %) (38 % Manche, 53 % Haute-Garonne) et l'entretien avec un professionnel de santé (39 %) (35 % Aisne ou Var par exemple, 46 % Alpes de Haute-Provence). La recherche par Internet est davantage pratiquée par les catégories intermédiaires et modestes tandis que les catégories supé-

rieures préfèrent rencontrer un praticien.

Notre enquête confirme qu'Internet devient un vecteur important de diffusion de messages en direction de tous les publics. Ceci n'est cependant pas étonnant au vu du nombre de sites et de forums qui abordent les questions de santé et de bien-être. 71 % des répondants ont déjà consulté des sites ou des forums Internet parlant de santé (64 % Orne, 78 % Tarn et Garonne ou Haute-Garonne).

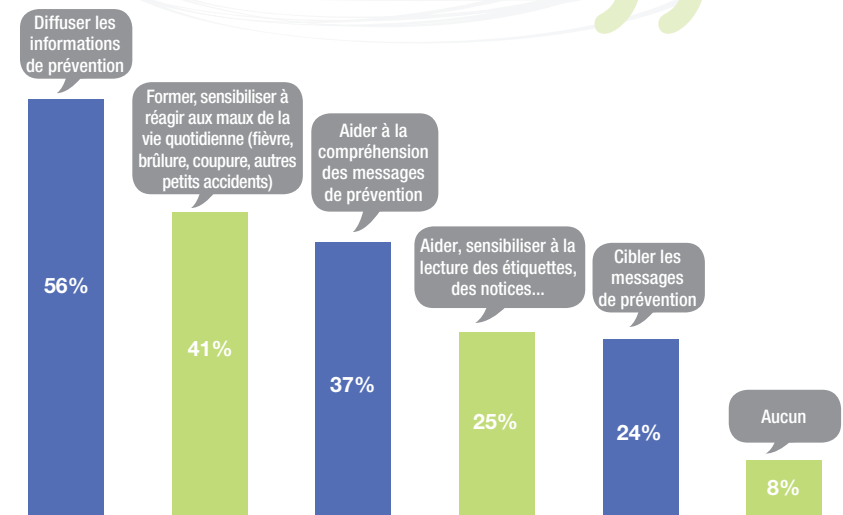
Les familles sont donc en recherche d'information concernant leur santé ou celle de leurs proches par le biais des technologies de l'information et de la communication. 71 % répondent qu'il leur arrive, ou leur est déjà arrivé, de consulter des sites ou des forums internet parlant de santé. Il reste que les répondants semblent assez peu attentifs à la qualité des sites et forums santé qu'ils consultent. En effet, 49 % affirment ne jamais porter attention à la signalétique et aux logos partenaires du site

ou forum de santé lorsqu'ils s'y rendent (45 % Bouches-du-Rhône ou Moselle, 55 % Hautes-Pyrénées). 36 % le font parfois. Seulement 15 % le font systématiquement (7 % Aisne, 17 % Ariège ou Eure).

Au vu de ces constats, il paraît nécessaire de développer l'esprit critique des familles internautes et de les sensibiliser à la nécessité d'être attentifs à la qualité de l'émetteur de l'information. Cette remarque est valable pour Internet en général mais plus encore dans le domaine de la santé. En effet une information tronquée, fautive, non datée, non signée, non validée scientifiquement peut entraîner des conséquences graves sur l'état de santé, retarder des soins, donner le sentiment d'une fausse sécurité ou encore faire adopter des comportements inadéquats (notamment dans le cadre de l'automédication). Il y a donc lieu à développer une éducation numérique comme le préconise d'ailleurs l'UNAF. En tout état de cause le rôle des associations, et notamment familiales, peut être important à ce sujet.

Les actions attendues des associations familiales en matière de prévention

“ Selon vous, quel rôle peut avoir une association familiale en matière de prévention ? ”
(plusieurs réponses possibles)



La première action attendue des associations familiales est la **diffusion des informations** de prévention (56 % des répondants) (47 % Aisne, 63 % Loire). La formation et la sensibilisation aux **maux de la vie quotidienne** sont également importantes pour 41 % des répondants (32 % Aveyron, 44 % Charente-Maritime ou Loire). **L'aide à la compréhension des messages de prévention** (37 %) (32 % Loire, 48 % Bouches-du-Rhône). Enfin, l'aide à la lecture des étiquettes est le quatrième rôle attendu des associations familiales en matière de santé (25 %) (21 % Alpes de Haute-Provence ou Meuse par exemple, 28 % Aveyron ou Bas-Rhin par exemple).

Conclusion : Une prévention nécessairement familiale

En matière de santé, les parents sont plus attentifs à celle de leurs enfants qu'à la leur, que ce soit pour la consultation du médecin, l'équilibre alimentaire, la prévention des accidents domestiques ou encore les pratiques d'hygiène de vie. A travers l'enfant, on facilite l'introduction dans la vie des personnes de comportements plus conformes aux exigences d'une bonne prévention santé. De plus, la famille est le vecteur privilégié de transmission des bonnes pratiques et des savoir-faire en matière sanitaire. C'est dire si l'approche familiale de la prévention est pertinente.

Les écarts de pratique entre les catégories sociales sont parfois significatifs. Les catégories supérieures consultent le plus pour des motifs de prévention et ont une plus grande marge de manœuvre concernant la qualité de la nourriture ou la pratique sportive. Les catégories modestes et en particulier les ménages sans activité professionnelle apparaissent en difficultés sur plusieurs points : plus réticentes à faire appel aux professionnels de santé en matière de prévention, elles se sentent davantage contraintes dans leurs modes de vie (alimentation, pratiques sportives, horaires). A

des facteurs proprement économiques de coût, s'ajoutent des considérations culturelles (aisance pour aborder les sujets avec les professionnels de santé, recherche spontanée d'informations).

Toutefois des facteurs géographiques sont aussi importants à prendre en considération, qu'ils renvoient à une offre de soins inégalement répartie ou à des habitudes différentes, notamment dans le domaine alimentaire.

Un champ d'action pour les associations familiales

Les familles reconnaissent l'importance des campagnes de prévention. Celles-ci ne sont pour autant pas toujours lisibles pour tous : l'enquête fait ressortir les points sur lesquels l'information de prévention reste mal connue.

Elles attendent des associations familiales qu'elles diffusent des informations de prévention, qu'elles proposent des formations et sensibilisations aux gestes de premiers secours et à la gestion des maux de la vie quotidienne, qu'elles les aident à la compréhension des messages de prévention. L'importance

prise par Internet dans l'information sur la santé nécessiterait certainement des régulations et des actions d'éducation plus systématiques dans lesquelles les associations familiales pourraient aussi jouer un rôle.

Enfin, la relation aux professionnels de santé reste souvent centrée sur le soin : le conseil, le rôle de prévention n'est pas suffisamment intégré. Il pourra s'appuyer aussi sur des acteurs variés : pharmaciens, infirmiers, associations.

Une exigence pour les politiques publiques

La notion de parcours de santé, le développement d'une médecine prédictive, d'une médecine plus individualisée, le déploiement des technologies de l'information et de la communication liées à la santé renforcent l'idée que la prévention doit avoir une place essentielle dans notre système de santé. Ces évolutions, qui pour certaines sont déjà en marche, feront que les familles seront de plus en plus actrices, responsables de leur santé. Il nous faut les aider à renforcer leurs compétences et leur permettre de s'impliquer dans l'élaboration et le développement de ces actions.

A retrouver sur www.unaf.fr
rubrique «Etudes et recherches»