



Éducation pour la santé à l'école : quelles compétences pour les professionnels ?

Maladies chroniques :
une réalité cachée ?

Enquête sur les
troubles du sommeil

Le Brésil et la
santé des familles

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**
<diere@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^e trimestre 2010.
Tirage : 6 000 exemplaires.

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



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

52 pages d'analyses et de témoignages

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet

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

Vous y trouverez également :

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



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

► QUALITÉ DE VIE

« Confrontés à des risques multiples, les personnes font des arbitrages »

Entretien avec Jean-Paul Moatti 4

► ÉDUCATION DU PATIENT

« Les maladies chroniques sont une réalité cachée »

Entretien avec Laïla Loste 6

► ÉTUDE

Les facteurs associés aux troubles du sommeil : l'apport de l'enquête EVS

François Beck, Laura March, Romain Guignard, Catherine Cavalin, Florence Maillochon,

Damien Léger 8

► LA SANTÉ À L'ÉCOLE

« Permettre aux élèves de se prendre en charge de manière plus autonome, y compris pour leur santé »

Entretien avec Didier Jourdan 12

« Instaurer un parcours de santé de la 6^e à la 3^e »

Entretien avec Pascal Touzanne 15

Dossier

Éducation pour la santé à l'école : quelles compétences pour les professionnels ?

Introduction

Sandrine Broussouloux, Dominique Berger, Nathalie Houzelle 17

Quand l'École parle de compétences en matière d'éducation à la santé

Jean-Louis Michard 18

Le socle commun des connaissances et compétences : fondements réglementaires et étapes historiques

Jean-Louis Michard 20

L'éducation pour la santé requiert des compétences spécifiques pour les enseignants

Dominique Berger, Sandrine Broussouloux, Nathalie Houzelle 21

Les enseignants, entre quotidien et compétences en éducation pour la santé

Frank Pizon, Didier Jourdan, Carine Simar, Soraya Rommel, Virginie Monney 23

Contre le mal-être, des débats-philosophie au collège

Bernadette Aubry, Valérie Amar 25

Les compétences des infirmiers scolaires au service de l'éducation pour la santé

Mabrouk Neka 27

Montpellier : les assistants formés à la nutrition dans les écoles maternelles

Jean-Christophe Azorin 30

Promouvoir la santé en milieu scolaire : les compétences des associations spécialisées

Christine Ferron, Valérie Lemonnier 32

Intervenants municipaux : un lien Ville-École pour promouvoir la santé des jeunes

Luc Ginot, Bobeker Brahimi 34

Pour en savoir plus

Olivier Delmer 36

► AIDE À L'ACTION

Promotion de la santé : un guide pour améliorer la qualité des actions

Emmanuelle Hamel, Gaëlle Calvez, Linda Cambon, Jean-Marie Le Gall 37

Champagne-Ardenne : 400 professionnels formés à la prévention de l'alcoolisme

Patrick Roua 39

► INTERNATIONAL

Au Brésil, la promotion de la santé s'organise à l'échelle locale

Carolina Belomo de Souza, Ubirajara José Picanço de Miranda Junior 41

Profil de la grossesse précoce au Brésil

Marilucia Rocha de Almeida Picanço 44

► CINÉSANTÉ

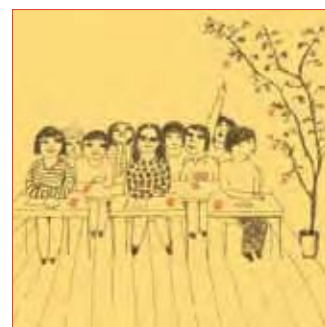
Precious. Drame et résilience

Anne Vervier 46

► LECTURES

Céline Deroche 49

Illustrations : Bobi + Bobi



Entretien avec Jean-Paul Moatti, professeur d'économie, directeur de l'unité de recherche « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé-société » Inserm-IRD, Unité de la Méditerranée

« Confrontées à des risques multiples, les personnes font des arbitrages »

La prévention doit être développée mais aussi réinventée. Tel est le constat dressé par Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti dans un ouvrage publié fin 2009. Jean-Paul Moatti souligne notamment l'importance de développer la recherche et l'évaluation des actions de terrain. La prévention doit prendre en compte le fait que les comportements à risque intègrent une part de rationnel et d'irrationnel. Et que, confrontés à des risques multiples, les individus font des arbitrages, en prenant des risques et en en délaissant d'autres.

La Santé de l'homme : Dans l'ouvrage que vous cosignez avec Patrick Peretti-Watel¹, vous expliquez que pour éviter le culte de la santé et ses dérives, il est nécessaire de réinventer la prévention. N'est-elle plus appropriée ?

Jean-Paul Moatti : Une précision d'emblée : j'ai assumé avec beaucoup de plaisir la fonction de président du conseil scientifique de l'INPES durant deux mandats successifs, je ne partage donc pas les positions parfois exprimées par d'autres chercheurs en sciences sociales ou par tel groupe d'intérêts selon lesquelles la volonté de l'éducation pour la santé de modifier les comportements individuels dans un sens favorable à la santé serait une atteinte fondamentale aux libertés, voire un début de tentative totalitaire. Bien au contraire. Le point de départ de notre réflexion avec Patrick Peretti-Watel est de reconnaître les apports de la prévention dans l'amélioration de l'espérance de vie et plus généralement du bien-être des populations. Mais avoir mené des recherches sur ce sujet et accompagné la réflexion de l'INPES pendant des années m'a permis de repérer des effets pervers potentiels. Ils doivent être maîtrisés et corrigés si nous voulons améliorer la prévention et atteindre le maximum d'efficacité.

S. H. : Qu'est-ce qui doit être corrigé ?

Pour comprendre les comportements de prévention, il faut bien avoir présent à l'esprit le fait que l'individu n'est pas un « calculateur », une sorte d'« *homo medicus* » qui rationalise en permanence, qui pondérerait les avantages et les inconvénients des différents risques. C'est cette posture qui peut être source d'erreur ou d'effets pervers. Nous avons utilisé cette métaphore de l'*homo medicus* par analogie avec le concept d'*homo economicus*, à la base du calcul rationnel. En d'autres termes, si l'on a une vision réductrice, si l'on ne comprend pas et n'intègre pas que les rationalités qui sont à l'œuvre face aux questions de santé et de prévention qui sont complexes, alors on risque de passer à côté. Dans l'ouvrage, nous citons l'anecdote suivante : « *d'après le classement des groupes d'individus établi par l'Insee, un sous-groupe de personnes, représentant de 15 à 20 % de la population a retenu notre attention car leurs comportements, leurs représentations du monde se rapprochent le plus de l'homo medicus.* » Or, paradoxe absolu, c'est dans ce groupe que se trouvent le plus d'individus qui, avant de prendre une décision professionnelle ou personnelle, lisent systématiquement leur horoscope, consultent un astrologue

ou une tireuse de carte ! Parler d'homme calculateur peut avoir du sens du point de vue de l'économie pour comprendre la représentation qu'il se fait de l'économie. Mais, dès qu'il s'agit de psychosociologie, les complexités sont toute autre !

S. H. : Vous prônez une rupture avec le modèle biomédical d'analyse des conduites à risque, qu'entendez-vous par là ?

Les tendances fondamentales d'évolution de notre société moderne – analysées par de nombreux sociologues cités dans notre ouvrage – montrent qu'alors que l'insécurité baisse globalement, le sentiment d'insécurité des populations a plutôt tendance à augmenter, ces populations souhaitant une sécurité absolue face à l'ensemble des risques. Cette réflexion vaut pour les pays fortement développés. Prenons l'exemple de l'épidémiologie combinée avec les progrès des techniques de biologie moléculaire : ceci permet d'identifier des facteurs de risques nouveaux, multiples, et donc de manière plus fine, un nombre croissant de variables comportementales, cliniques, génétiques. Par définition, ces facteurs contribuent à la probabilité de survenue d'une pathologie chez telle ou telle personne présentant cette caractéristique ou ce com-



© Corinne Bertolino / Fotolia

jeu un degré de confiance globale vis-à-vis de l'extérieur, à commencer par les pouvoirs publics, dans la compréhension de ce que doit faire une société ; ces problèmes de valeurs doivent être pris en compte si nous voulons améliorer l'offre de prévention.

Il nous faut justement – tâche difficile – dépasser le modèle de l'*homo medicus*, replacer la volonté individuelle dans l'environnement social. Un exemple : lors d'une émission de télévision grand public au début de l'épidémie de grippe, il avait été demandé aux personnalités présentes si elles s'étaient fait vacciner ou allaient le faire ; les réponses ont traduit leur confiance ou leur scepticisme ; seul mon collègue Patrick Peretti-Watel a répondu qu'il allait demander son avis à son médecin généraliste.

S. H. : Quelle serait, selon vous, la priorité à mettre en place pour renforcer la prévention ?

D'abord, face à toute intervention de prévention ou de promotion de la santé, reconnaître que dans bien des domaines, *a priori*, nous ne savons pas ou nous manquons considérablement de connaissances. La meilleure manière d'aller de l'avant est de développer beaucoup plus de programmes de recherche évaluatifs liés à des actions de terrain. Cette méthode nous permet de bien décliner la prévention en fonction des populations que nous entendons atteindre par nos messages. L'affaire est complexe : ainsi, une partie de la population pauvre, vulnérable, va considérer que l'usage de la cigarette est la dernière fenêtre d'autonomie qui lui reste ; ou encore, une partie de la population la mieux éduquée refuse de se faire vacciner. Ce sont des défis. Enfin, il est nécessaire de rééquilibrer la prévention entre médias et travail de proximité.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

1. Peretti-Watel P., Moatti J.-P. Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés. Paris : Seuil, coll. La République des Idées, 2009 : 106 p.

portement. Or, dans le paysage actuel de la prévention, le plus souvent, les campagnes médiatiques d'information envoient des messages ou des injonctions de protection à la population, problème par problème, risque par risque, sans pouvoir prendre en compte le fait que, dans la pratique, les personnes sont confrontées à des risques multiples face auxquels elles peuvent être conduites à faire des arbitrages.

S. H. : Trop de prévention peut-il tuer la prévention ?

Trop de messages médiatiques – allant dans toutes les directions avec de possibles effets contradictoires sur la population – peuvent poser problème. Les enquêtes Baromètres santé de l'INPES montrent bien que les individus gros fumeurs ou gros consommateurs d'alcool sont, dans l'ensemble, parfaitement conscients, ou en tout cas parfaitement informés, des risques pour la santé. Mais ils vont relativiser ce risque en mettant en avant un autre facteur, la pollution environnementale par exemple. Ils s'appuient sur une identification légitime d'un risque pour dire « À quoi bon ? ».

De la même façon, nous savons que si nous ciblons des groupes à risque par des messages de prévention qui leur sont spécifiquement adaptés, nous pouvons nous heurter à des freins ou à des dérapages, quasiment discrimina-

toires, qui pourront générer l'effet inverse de celui espéré. À titre d'exemple, au Royaume-Uni, une campagne de prévention sur le sida réalisée à la fin des années 1980 à l'attention des toxicomanes mettait en avant une représentation très violente des personnes ciblées. Et le message d'accompagnement disait en substance : « *Voilà ce que vous allez devenir si vous persistez dans votre toxicomanie* ». Quelques années plus tard, confronté à l'apparition de nouvelles drogues, notamment l'ecstasy, ce type de message s'est avéré peu adapté : les personnes concernées répondaient qu'elles ne considéraient pas ce produit comme de la drogue, et qu'elles ne ressemblaient pas aux toxicomanes désignés par les campagnes précédentes.

S. H. : Comment adapter la prévention pour qu'elle soit mieux acceptée par la population, souvent réticente ?

Nous l'avons vu à travers l'épidémie récente de grippe A H1N1 et la faible acceptabilité de la vaccination dans la population. Nous retrouvons bien ici le paradigme sous-jacent de la prévention – ce fameux *homo medicus* évoqué plus haut – qui inclut un paradoxe très fort : les individus calculent, font leur arbitrage, donc il faut les aider à calculer, à faire le ratio avantages/inconvénients ; mais, au-delà de ce calcul rationnel et personnel, entre aussi en

Entretien avec Laïla Loste, coordinatrice du collectif d'associations « Chroniques associés », chargée de mission à AIDES

« Les maladies chroniques sont une réalité cachée »

Entre 9 et 28 millions de Français souffrent d'une maladie chronique. Dix associations ont créé un collectif appelé « Chroniques associés » pour sensibiliser l'opinion et les pouvoirs publics aux difficultés rencontrées au quotidien par ces personnes et leur entourage. En matière d'accompagnement thérapeutique, d'accès aux droits, d'insertion et d'emploi, ces personnes n'ont pas toujours accès aux dispositifs de droit commun, souligne Laïla Loste, coordinatrice du collectif. Les maladies chroniques peuvent provoquer des perturbations physiques et psychologiques lourdes qui, dans de nombreux cas, se doublent d'une précarisation économique. Ce collectif représente les personnes touchées.

La Santé de l'homme : Pourquoi avez-vous formé le collectif d'associations « Chroniques associés » ?

Laïla Loste : Les associations¹ de « Chroniques associés », créé en 2005, regroupent des personnes touchées par des maladies chroniques. Ce sont des personnes malades souffrant d'un cancer, par exemple, ou d'une sclérose en plaques, atteintes par le VIH ou un diabète, souffrant d'insuffisance rénale ou de cancers. Toutes ces maladies sont, à des degrés variables, invalidantes. Leur prise en charge nécessite des moyens importants. L'accompagnement de la personne, quel que soit son type de maladie, est lourd et exigeant. Quant aux conséquences sociales de ces maladies – je pense à l'insertion professionnelle, au maintien dans l'emploi, aux droits administratifs et juridiques... –, elles sont terriblement oppressantes. C'est bien parce que la vie quotidienne des personnes est difficile que ces associations se sont trouvées d'accord pour choisir cette forme organisationnelle de collectif interpathologies et interassociations, et œuvrer ensemble pour changer la vie des personnes touchées par des maladies chroniques.

S.H. : Quels sont vos objectifs ?

L'objectif principal de notre regroupement est de sensibiliser l'opinion et les pouvoirs publics aux difficultés quotidiennes rencontrées par ces personnes et leur entourage, difficultés qui ne trouvent pas de réponses dans les dispositifs de droit commun existants. Les associations de patients connaissent parfaitement ces questions. Elles en débattent ensemble et effectuent souvent les mêmes constats. Quand l'association AIDES a proposé à d'autres associations de partager et de confronter leur expérience avec des syndicats de salariés comme la Fédération des services CFDT ou des médecins du travail sur la question de l'insertion et du maintien dans l'emploi des personnes touchées par les maladies chroniques, il a été facile de constater que les points communs l'emportaient sur les spécificités.

S.H. : Quels sont ces points communs ?

Nous les trouvons dans la vie quotidienne des personnes concernées. Les difficultés qu'elles rencontrent en termes de qualité de vie sont sem-

blables. Pour une personne souffrant d'insuffisance rénale et une autre séropositive, il n'y a pas de différence dans le traitement – plus souvent dans le non-traitement d'ailleurs – qui leur est proposé concernant les questions administratives. En matière d'emploi, les problèmes sont identiques car les personnes touchées par une maladie chronique ont souvent, face à elles, les mêmes dispositifs, ou les mêmes absences de dispositifs. Et pourtant, les maladies chroniques sont une réalité cachée dans la société aujourd'hui. Nous avons d'ailleurs un souci dans le dénombrement des personnes concernées qui rassemblent pourtant plus de 20% de la population.

S.H. : Que voulez-vous dire par « réalité cachée » ?

Nous ne trouvons pas de statistiques fiables ni de définitions. Le chiffre des personnes touchées par une maladie chronique varie entre quinze et vingt-huit millions. C'est plutôt large. Il existe aussi un problème de définition et un problème d'accès aux droits. Notre système de santé social est construit tel un mille-feuilles. Si vous avez telle étiquette, vous avez tel droit. Mais si vous

avez tel droit, vous ne pouvez pas avoir accès à tel autre. Tout cela est très compliqué. Les maladies chroniques sont souvent peu ou pas visibles. Elles sont plus ou moins évolutives. En outre, elles peuvent provoquer des perturbations physiques et morales, une fatigabilité variable, des effets secondaires importants provenant des traitements et des médicaments lourds pris à vie.

S. H. : Cela veut-il dire que vos interlocuteurs directs sont essentiellement les représentants des pouvoirs publics ?

Nous travaillons sur différentes thématiques qui, bien sûr, sont directement dépendantes des pouvoirs publics : l'éducation et l'accompagnement thérapeutiques, l'emploi, le handicap et la spécificité des maladies invalidantes. Tout ce qui est ressource, comme le « reste à charge » (*NDLR : tous les frais de santé qui incombent aux patients*) est de notre domaine d'intervention. Il y a une précarisation importante des personnes touchées par les maladies chroniques. À partir du moment où le diagnostic tombe, il y a, en parallèle de l'évolution de la maladie, une évolution défavorable du niveau de vie et une montée de la précarité. Nous travaillons notamment

beaucoup en direction des parlementaires pour les sensibiliser.

S. H. : Comment fonctionne « Chroniques associés » ?

Chaque association a mandaté un référent qui la représente au collectif. Il n'y a pas de président au collectif mais une présidence collégiale. L'association AIDES, dont je suis salariée, assure la coordination. Il est certain que l'apport de chaque structure et la richesse basée sur les expériences mises au pot commun ont ouvert le champ de nos interventions.

S. H. : Quelles sont vos priorités pour l'année 2010 ?

Incontestablement, le dossier de l'accompagnement social et économique des personnes touchées par ce type de maladie est en haut de la pile. Un nombre important de personnes touchées vit en dessous du seuil de pauvreté, avec toutes les difficultés inhérentes à cette situation. Il faut savoir, par exemple, que ce type de maladie oblige les personnes concernées à interrompre ponctuellement ou durablement leur activité professionnelle, à opter pour du travail à temps partiel, à alterner des périodes d'acti-

tivité et d'inactivité. Nombreuses sont alors celles qui se retrouvent en situation de précarité et ne peuvent compter que sur la solidarité de leur entourage et sur les minima sociaux. C'est particulièrement vrai de l'invalidité pour laquelle nous demandons, afin d'endiguer la précarisation des personnes en situation d'invalidité, d'améliorer et de revaloriser le dispositif de pension, que nous jugeons trop complexe. Nous participons, au titre du collectif, au Conseil national consultatif des personnes handicapées. C'est la première fois que des associations de personnes touchées par des maladies chroniques sont représentées dans ce conseil. C'est évidemment un symbole pour nous. Et une reconnaissance.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

1. AIDES, Association française des sclérosés en plaques (Afsép), Fédération nationale des insuffisants rénaux (Fnair), Jeunes Solidarité Cancer, Keratos, Amalyste, Association française des diabétiques (AFD), Association française des hémophiles (AFH).

Pour en savoir plus

<http://www.maladies-chroniques.fr>
et www.chroniques-associes.fr

Maladies chroniques et emploi : témoignages et expériences

En 2006, le collectif « Chroniques associés » a publié un ouvrage intitulé *Maladies chroniques et emploi. Témoignages et expériences*. Cet ouvrage a une particularité forte en termes de public cible et de message : il a été créé et écrit par une dizaine de personnes qui, note la présentation du guide, sont touchées par une maladie chronique et « ont vécu, à des âges différents, dans des horizons professionnels différents, la réalité d'un parcours d'insertion et/ou de maintien dans l'emploi ». L'ouvrage vient de faire l'objet d'une réédition. La série de témoignages ainsi livrée constitue l'essentiel de ce guide en montrant la réalité du vécu quotidien de ces personnes. Comme l'écrit Christian Saout, président de l'association AIDES, dans la préface, ce document « est plus qu'un guide des droits face à la maladie chronique, il décrit les mécanismes qui peuvent être activés pour améliorer sa vie, pour préserver et augmenter son capital personnel, malgré la maladie ». Ce guide est d'abord une réponse à une demande d'urgence. Il montre, au travers des témoignages présentés, l'immensité de la tâche à accomplir. Il met aussi l'accent sur les difficultés du parcours administratif à suivre pour pouvoir s'en sortir. C'est un document de référence mais aussi d'espoir pour les personnes concernées et leur entourage.

D. D.

Ce guide peut être commandé au service de documentation de AIDES : documentation@aides.org
ou téléchargé au format PDF : http://www.chroniques-associes.fr/2ndeEdit_GuideMaladiesChroniquesEmploi2010.pdf



Les facteurs associés aux troubles du sommeil : l'apport de l'enquête EVS

Environ quatre personnes sur dix déclarent subir de façon récurrente au moins un trouble du sommeil parmi cinq des principaux symptômes de l'insomnie. Ces troubles s'avèrent de plus en plus fréquents avec l'âge. Si les femmes apparaissent plus vulnérables, c'est sans doute en partie parce qu'elles endossent un rôle social susceptible de peser sur leur qualité de vie, notamment en termes de souffrance mentale. Les violences subies favorisent aussi la survenue de troubles réguliers du sommeil, avec toutefois quelques nuances selon la nature de ces violences.

De nombreux travaux ont montré le rôle fondamental joué par le sommeil sur la santé, le bien-être et l'équilibre psychologique. Les troubles du sommeil peuvent ainsi affecter le fonctionnement de l'organisme et du psychisme, et de ce fait la vie sociale et professionnelle, avec des conséquences telles que les accidents de la route et du travail liés à la somnolence, ou l'absentéisme (1-3). Si une majorité des Français dort environ sept heures par jour (4), cette durée ne peut toutefois pas être considérée comme une norme prophylactique dans la mesure où certains ont besoin de neuf heures de sommeil quotidien, lorsque d'autres, plus rarement, peuvent se contenter de cinq heures sans retentissement sur la journée suivante. De plus, la qualité et la quantité du sommeil s'avèrent très dépendantes de la bonne synchronisation de l'horloge biologique avec les horaires de coucher et de lever. Or, cette synchronisation se trouve fréquemment perturbée chez les jeunes adultes (qui ont tendance à retarder leurs horaires de coucher), chez les personnes âgées (qui ont tendance à les avancer), ou encore chez les travailleurs de nuit.

Chez l'adulte, le sommeil est déterminant pour l'équilibre psychologique et émotionnel des individus. Si un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, un manque chronique est ainsi susceptible de favoriser, entre

autres maladies, l'hypertension artérielle, l'obésité ainsi que des troubles de l'humeur ou du comportement. Des études récentes ont d'ailleurs établi un lien entre durée de sommeil et espérance de vie. Un temps de sommeil quotidien inférieur à six heures et supérieur à neuf heures serait associé à un sur-risque de morbidité (diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, cancer, dépression) et de mortalité (5). Au-delà des prescriptions médicales, il semble donc important de dresser un bilan des pratiques effectives du sommeil en France afin de mieux cerner les problèmes qui peuvent se poser.

L'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée dans le but d'éta-

blir les liens entre la santé, les violences subies et les événements de vie de la population résidant en France (6), permet également d'apporter des éléments quantitatifs sur certaines dimensions de la qualité du sommeil.

Des troubles qui concernent une grande part de la population

La qualité du sommeil ne se mesurant pas seulement à sa durée, les personnes enquêtées ont été amenées à se prononcer sur les différents troubles qu'ils pouvaient rencontrer (*Tableau 1*). Un tiers de la population présente des difficultés à s'endormir. Ce problème est récurrent pour 14,6 % des individus et quotidien ou quasi-quotidien pour 5,4 % des individus.

Enquête EVS : 10000 personnes interrogées

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) a été réalisée en 2005-2006 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé. Les réponses de dix mille hommes et femmes représentatifs de la population âgée de 18 à 75 ans, résidant en France en ménage ordinaire (hors institutions), ont été recueillies avec pour objectif principal d'améliorer la connaissance statistique des relations entre violences subies et état de santé, en accordant une importance particulière au rôle joué par le contexte biographique. Cette enquête interroge les domaines de la santé, des violences subies (avec un questionnement plus détaillé sur les deux années précédant l'enquête) et les événements difficiles survenus au cours de la vie entière. Conduite par les enquêteurs de l'Insee, elle s'est déroulée en face à face et en mode auto-administré par ordinateur avec interface audio (méthode audio-Casi), ce dernier mode de collecte concernant les questions liées aux comportements sexuels, à la consommation d'alcool, de drogues illicites et, pour partie, à certaines violences sexuelles (questions de « rattrapage »).

Près de la moitié des adultes (45,5 % de la population) déclarent rester éveillés pendant une grande partie de la nuit (au moins de temps en temps), mais ils ne sont que 15,6 % à rapporter subir un tel problème de manière récurrente. Seuls 4,2 % signalent vivre de telles difficultés quotidiennement ou quasi quotidiennement. Par ailleurs, 41,6 % de la population déclarent se réveiller tôt sans pouvoir se rendormir.

Un sommeil agité ou impossible en raison de soucis et peu réparateur sont les deux problèmes les plus fréquemment cités en France. Perdre le sommeil à cause de ses soucis concerne environ la moitié de la population, même si, pour une nette majorité, une telle nuisance n'est qu'occasionnelle. En effet, seuls 10,9 % des individus déclarent subir un tel problème de manière récurrente. La survenue de telles difficultés quotidiennement ou quasi quotidiennement n'est rapportée que par 2,6 % des individus.

Plus de la moitié des individus affirment qu'il leur arrive d'éprouver un sentiment de fatigue au réveil. Environ un tiers l'éprouve seulement parfois, tandis que la récurrence de cette sensation concerne 17,7 % de la population. Seuls 6,1 % sont confrontés à de telles difficultés quotidiennement ou quasi quotidiennement.

Au final, 38,5 % des 18-75 ans déclarent subir de façon chronique au moins un trouble du sommeil parmi les cinq étudiés.



© Creatas / Fotosearch

Des facteurs communs aux différents troubles

Les femmes semblent davantage touchées par les troubles du sommeil que les hommes, comme l'ont déjà montré de nombreuses études (7, 8). Les raisons invoquées dans la littérature scientifique pour l'expliquer sont d'ordre hormonal ou s'appuient sur le rôle social des femmes, en particulier lorsqu'elles élèvent des enfants en bas âge.

Plus le niveau de diplôme est élevé, moins les personnes expriment des troubles réguliers du sommeil (à l'exception des personnes souffrant d'un sentiment de fatigue au réveil, pour lesquelles la différence n'apparaît pas significative). Par ailleurs, plus les personnes se sentent à l'aise financière-

ment, moins elles sont sujettes à ces troubles. Les personnes les plus en difficulté et qui recourent à l'endettement se révèlent ainsi particulièrement touchées. Par exemple, elles sont 38,7 % à rester souvent éveillées une grande partie de la nuit, contre 15,6 % de la population générale des 18-75 ans.

La situation professionnelle se révèle également associée aux cinq troubles du sommeil. Les chômeurs présentent systématiquement davantage de troubles du sommeil que les personnes occupées (à l'exception du sentiment de fatigue au réveil). Les inactifs (étudiants, hommes et femmes au foyer, retraités, etc.) ont également plus de difficultés que les personnes exerçant une activité professionnelle.

Tableau I. Prévalences des différents troubles du sommeil, enquête EVS 2005

	Jamais	Oui, parfois	Oui, souvent	Tous les jours ou presque
Mettez-vous beaucoup de temps pour vous endormir ?	64,5 %	20,8 %	9,2 %	5,4 %
Vous arrive-t-il de rester éveillé(e) pendant une grande partie de la nuit ?	54,6 %	29,9 %	11,4 %	4,2 %
Vous arrive-t-il d'être empêché(e) de dormir à cause de vos soucis ?	49,6 %	39,4 %	8,3 %	2,6 %
Vous réveillez-vous très tôt le matin en éprouvant des difficultés pour vous rendormir ?	58,3 %	23,9 %	10,9 %	6,8 %
Éprouvez-vous un sentiment de fatigue en vous réveillant ?	47,9 %	34,4 %	11,6 %	6,1 %

En ce qui concerne la santé, plus les répondants de l'enquête se sentent en bonne santé et moins ils sont sujets aux troubles du sommeil, ce qui recouvre probablement à la fois un effet de la mauvaise santé sur la qualité du sommeil et *vice versa*. Enfin, les personnes déclarant avoir vécu un événement grave au cours de la vie sont plus nombreuses à souffrir de chacun des troubles explorés dans cette enquête.

L'âge présente des associations spécifiques à chaque trouble du sommeil

Il a été montré que le sommeil perd en qualité avec l'âge, avec une diminution du sommeil lent profond et une augmentation des réveils nocturnes (9). Dans l'enquête EVS, plus les personnes



© Odilon Dimeir/PhotoAlto/Corbis

sont âgées, plus elles sont nombreuses à présenter des difficultés régulières lors d'un réveil précoce. Ainsi, seulement 6,8 % des 18-24 ans se plaignent de ce trouble, qui concerne 18,3 % des 35-44 ans pour atteindre un quart des 65-75 ans. Pour les autres troubles, les liens avec l'âge apparaissent de nature différente. Les moins de 44 ans sont proportionnellement moins nombreux que leurs aînés à rester éveillés une grande partie de la nuit. Pour la difficulté à s'endormir, la tendance est différente : les plus jeunes et les plus âgés sont proportionnellement plus nombreux à mettre du temps à s'endormir (environ 18 %), alors que les âges médians sont davantage épargnés par cette difficulté (seulement 13 %). Concernant la difficulté à dormir à cause de soucis, aucune tendance

claire ne se dégage suivant l'âge. En revanche, le sens de la liaison entre l'âge et le sentiment de fatigue est très clair : plus on vieillit, moins on est sujet à ce trouble du sommeil. Près du quart des 18-24 ans est concerné par ce trouble, contre à peine 12 % des 65-75 ans. Il est possible que le sujet âgé considère parfois ce sentiment comme normal, au point de le déclarer moins spontanément que les plus jeunes. Une autre explication de ce phénomène pourrait être que les jeunes générations ont tendance à davantage décaler leurs horaires de coucher, notamment au profit de sorties festives, décalage pouvant rendre le réveil plus difficile, en particulier s'il se double d'une dette de sommeil.

Les personnes veuves et divorcées plus concernées

Le statut matrimonial est un facteur souvent évoqué dans l'apparition des troubles du sommeil, en particulier la situation de veuvage (10). Quel que soit le trouble envisagé, à l'exception du sentiment de fatigue au réveil, les troubles réguliers du sommeil apparaissent plus fréquents parmi les personnes ayant divorcé et surtout chez les personnes veuves, par rapport aux personnes mariées ou célibataires (à âge équivalent).

Un lien avec les violences subies

Les personnes victimes de violences au cours des deux dernières années, qu'elles soient verbales, physiques ou sexuelles, sont nettement plus nombreuses à souffrir de troubles du sommeil à l'exception des difficultés à se rendormir suite à un réveil prématuré. Les violences psychologiques se trouvent, pour leur part, associées à des difficultés récurrentes pour tous les troubles.

Un effet du genre qui disparaît à souffrance psychique équivalente

Lors des réflexions qui ont accompagné la création des classifications internationales des troubles du sommeil, il a été recommandé de ne pas considérer une plainte de sommeil isolément, sans tenir compte de sa fréquence, de son association à d'autres plaintes et des conséquences des troubles du sommeil sur le fonctionnement diurne. Or, d'après l'enquête EVS, plus d'un tiers de la population (38,5 %)

déclare au moins présenter un trouble *régulier* du sommeil, une personne sur cinq (20 %) cumule au moins deux des troubles et 11 % au moins trois. La prévalence de l'insomnie observée en France, en 2000, en utilisant les critères du DSM-IV était de 19 % (7). De même, le niveau d'insatisfaction du sommeil observé dans le Baromètre santé était de 18 % parmi les 18-75 ans (11). Ces niveaux comparables incitent à retenir la notion de cumul des troubles (au moins deux) pour approcher la notion d'insomnie lorsque, comme c'est le cas dans l'étude EVS et dans les enquêtes ne portant pas spécifiquement sur le sommeil, il est impossible de mesurer le retentissement des troubles sur les activités diurnes.

Dans l'étude EVS, le contrôle des facteurs sociodémographiques et des variables relatives aux violences par une régression logistique permet de mettre clairement en évidence l'importance du niveau de diplôme et de la situation financière. Les personnes ayant un diplôme au moins égal au baccalauréat ont moins de risques de cumuler plusieurs troubles réguliers du sommeil. En ce qui concerne la situation financière, plus elle se dégrade et plus les risques de cumuler deux troubles augmentent par rapport à quelqu'un qui se sent à l'aise financièrement. En ce qui concerne la santé, on retrouve à nouveau que, lorsque les scores agrégés de santé mentale et de santé physique augmentent, indiquant une meilleure qualité de vie, la probabilité d'être atteint d'au moins deux troubles diminue. La corrélation avec la santé mentale apparaît plus étroite qu'avec la santé physique. Avoir au moins une maladie chronique augmente aussi les chances de cumuler les troubles.

Les victimes de violences physiques ou psychologiques ont également plus de chances de cumuler au moins deux troubles réguliers du sommeil, tout comme les personnes ayant le sentiment d'avoir vécu un événement grave au cours de leur vie. Cette étude montre que les violences physiques et psychologiques subies semblent influencer assez nettement sur le sommeil. Elle illustre également le lien important entre santé physique et mentale et troubles du sommeil : quand la santé se dégrade, les chances d'éprouver des troubles

réguliers du sommeil augmentent, surtout en ce qui concerne la santé mentale. Un tel résultat n'est pas surprenant : les liens entre santé mentale et sommeil sont très forts, au point que les troubles du sommeil font partie des critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur, au rang des symptômes à identifier. On retrouve ici l'idée que la qualité du sommeil influence la santé perçue, comme en retour celle-ci exerce des effets sur le sommeil, lorsque celui-ci peut se voir perturbé par des pathologies particulières.

En revanche, une fois contrôlés les principaux effets de structure, le sexe ne semble pas influencer sur le cumul des troubles, ce résultat allant à contresens de la littérature (7, 11). Or, c'est l'introduction d'un score de santé mentale dans le modèle qui supprime l'écart d'abord constaté entre les deux sexes. Il faut ici souligner que la plupart des études menées en population générale indiquent une prévalence des troubles dépressifs une fois et demie à trois fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (12, 13). À score de santé mentale équivalent, hommes et femmes seraient égaux face au sommeil.

Concernant le sommeil, nos résultats montrent qu'à situation sociodémographique similaire, c'est plutôt l'état mental qui semble expliquer la différence de plainte d'insomnie entre hommes et femmes. Certaines hypothèses ont pu être avancées sur le fait que l'insomnie plus fréquente chez les femmes pouvait être liée au rôle de la femme vis-à-vis des enfants (les femmes sont plus fréquemment réveillées par les enfants que les hommes), aux rythmes périodiques hormonaux, à une différence d'expression entre hommes et femmes vis-à-vis des troubles du sommeil (10). Il semble, selon nos résultats, que l'état mental soit aussi un facteur influençant significativement cette différence.

Conclusion

Cette étude confirme que les troubles du sommeil sont associés de manière significative à des situations précaires et à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies. Les femmes, les personnes les moins diplômées, les personnes se sentant en difficulté financière, les chômeurs, les personnes en mauvaise santé et celles ayant au moins une

maladie chronique sont proportionnellement plus nombreux à souffrir de troubles du sommeil. Les victimes de violences (sexuelles, psychologiques, physiques et verbales) apparaissent également plus touchées par ces troubles. L'âge semble, pour sa part, davantage lié à la nature spécifique du trouble considéré. Par exemple, la liaison entre l'âge et les difficultés à se rendormir est croissante (quand l'âge augmente, la prévalence du trouble augmente), alors qu'elle est décroissante avec le sentiment de fatigue au réveil. La plainte d'insomnie plus fréquente chez les femmes que chez les hommes est, selon nos résultats, à mettre avant tout en relation avec une souffrance psychique plus forte, plutôt qu'avec d'autres différences comportementales (soin des enfants la nuit, expression plus facile par rapport aux troubles du sommeil) ou hormonales (règles périodiques, grossesse, ménopause) qui sont fréquemment envisagées pour expliquer cette différence.

Ainsi, l'introduction de la dimension de santé mentale issue d'une échelle de qualité de vie, permet de lire autrement la différence de la fréquence des troubles constatée chez les hommes et les femmes, déplaçant ainsi la question du terrain strictement biologique vers celui de la souffrance psychique et de son expression, qui diffère nettement entre hommes et femmes. À santé mentale équivalente, hommes et femmes seraient égaux face au sommeil.

François Beck

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

Laura March

Statisticienne, École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (Ensa), Bruz,

Romain Guignard

Statisticien, chargé d'études et de recherches à l'INPES,

Catherine Cavalin

Statisticienne, Centre d'études de l'emploi (CEE), Noisy-le-Grand.

Florence Maillouche

Sociologue, chargée de recherche au CNRS, (Éris-Centre Maurice Halbwachs – UMR 8097), Paris,

Damien Léger

Professeur de médecine, université Paris-Descartes, faculté de médecine, AP-HP Hôtel-Dieu de Paris, Centre du sommeil et de la vigilance, Paris.

► Références bibliographiques

- (1) Léger D., Guilleminault C., Bader G., Lévy E., Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 2002, vol. 25, n° 6 : p. 625-629.
- (2) Léger D., Massuel M.-A., Metlaine A. and the Sisyphus study group. The professional correlates of insomnia. *Sleep*, 2006, vol. 29, n° 2 : p. 171-178.
- (3) Godet-Cayré V., Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M., Dinét J., Massuel M.-A., Léger D. Insomnia and absenteeism: who pays the cost? *Sleep*, 2006, vol. 29, n° 2 : p. 179-184.
- (4) Léger D. *Le sommeil dans tous ses états*. Paris : Plon, 2010 : 236 p.
- (5) Gallicchio L., Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systemic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 2009, vol. 18, n° 2 : p. 148-158.
- (6) Cavalin C. Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population. Résultats de l'enquête Événements de vie et santé (2/2). *Études et résultats (Drees)*, octobre 2009 : n° 705 : 8 p.
- (7) Léger D., Guilleminault C., Dreyfus J.-P., Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *Journal of Sleep*

Research, 2000, vol. 9, n° 1 : p. 35-42.

(8) Beck F., Léon C., Léger D. Les troubles du sommeil en population générale : évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés. *Médecine/sciences*, 2009, vol. 25, n° 2 : p. 201-206.

(9) Corman B., Léger D. Troubles du sommeil chez le sujet âgé. *La revue du praticien*, 2004, vol. 54, n° 12 : p. 1281-1285.

(10) Giordanella J.-P. dir. *Rapport sur le thème du sommeil au ministre de la Santé et des Solidarités*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 396 p.

(11) Beck F., Léon C., Léger D. Troubles du sommeil : une approche exploratoire. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 519-532.

(12) Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. dir. *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.

(13) Kessler R.C. Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*, 2003, vol. 74, n° 1 : p. 5-13.

Entretien avec Didier Jourdan, professeur des universités en sciences de l'éducation, université Blaise-Pascal à Clermont-Ferrand, enseignant à l'IUFM d'Auvergne, initiateur du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble »

« Permettre aux élèves de se prendre en charge de manière plus autonome, y compris pour leur santé »

Depuis 2008, six régions françaises expérimentent un nouveau dispositif visant à promouvoir la santé des élèves à l'école primaire, intitulé « Apprendre à mieux vivre ensemble ». Cent quinze écoles y participent soit six cent cinquante enseignants et treize mille élèves. Un premier bilan montre que ce programme permet d'améliorer le climat dans les écoles concernées et que les enfants développent des compétences relationnelles et d'autonomie. Entretien avec le professeur Didier Jourdan qui coordonne, avec Jeanine Pommier, ce programme au niveau national¹.

La Santé de l'homme : L'IUFM d'Auvergne a initié le dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble » (AMVE). En quoi consiste-t-il ?

Didier Jourdan : Nous connaissons, depuis de nombreuses années, l'enjeu qu'il y a à promouvoir la santé en milieu scolaire. C'est l'objectif du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble ». Il s'agit d'accompagner les équipes d'école pour les aider à donner des moyens aux élèves de développer leurs compétences en matière de prise en charge autonome de leur santé, à aménager le milieu scolaire, à permettre le développement de relations positives entre l'école et la famille. Notre démarche n'est pas isolée. C'est sur cette base que de nombreux programmes ont été développés dans le monde, mettant en place des dispositifs de promotion de la santé ayant tous la particularité d'être profondément enracinés dans la culture scolaire du pays. En Europe, de nombreuses initiatives sont relayées par le réseau des « écoles pour la santé en Europe » et au Canada, par exemple, ce dispositif s'intitule « École en santé ». En France, « Apprendre à mieux vivre

ensemble » est une traduction concrète de ce principe d'enracinement en faisant vivre la promotion de la santé dans un lieu, dans un temps, dans un système éducatif, donc dans une culture particulière. Il est au service de l'École et de tous ses acteurs.

S. H. : Quelle est l'articulation entre ce programme et les circulaires encadrant la promotion de la santé au sein de l'Éducation nationale ?

« Apprendre à mieux vivre ensemble » est un dispositif totalement inscrit dans les programmes scolaires, dans les différentes circulaires y compris celle du 30 novembre 2006 sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Citons aussi la circulaire de 1998 (Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège, circulaire n° 98-237, BOEN n° 45 du 3 décembre 1998) qui est fondatrice en matière d'éducation à la santé à l'école. Il s'agit bien d'un dispositif qui s'appuie sur l'ensemble de ces textes. En outre, il est très important de mentionner un texte fondamental, celui qui régit le socle commun de connaissances et de compétences (décret du 11 juillet 2006).

C'est le contrat entre l'École et la nation. Ce contrat exprime ce qui est attendu de l'École pour tous les jeunes à l'issue de la scolarité obligatoire (16 ans), les compétences que doivent maîtriser tous les futurs citoyens. Le programme AMVE s'appuie sur ce socle.

S. H. : Comment ce programme s'insère-t-il dans la fonction première de l'école qui est d'apporter des connaissances, un savoir, une culture ?

L'école doit faire son travail, tout son travail, rien que son travail. Le programme AMVE vise à accompagner tous les acteurs de la communauté scolaire, du directeur aux parents, en passant évidemment par les enseignants. Il aide aussi les élus municipaux à prendre en charge les enjeux mentionnés plus haut et, ainsi, à organiser les aspects de la vie à l'école dont ils sont responsables. Tout ce qui concerne les apprentissages en est la ligne directrice. Ce programme est construit dans le cadre du système éducatif français. Il permet ainsi aux enfants, futurs citoyens de demain, de décider de façon libre et responsable. Pour parvenir à cette fina-

lité, nous utilisons les différentes dimensions dont nous savons qu'elles sont efficaces pour la promotion de la santé. En premier lieu, l'enseignement : ce sont les connaissances à transmettre. Ensuite, tout ce qui concerne la vie dans l'établissement : le climat d'école, le respect, la participation, les relations, la démocratie à l'école. Enfin, les relations avec la communauté, c'est-à-dire la famille, la municipalité, le secteur associatif. Il est démontré, depuis des années, que c'est en agissant sur ces trois éléments que l'on peut mettre en place une éducation à la santé et à la citoyenneté. Nous soutenons les écoles pour qu'elles travaillent sur ces trois déterminants mais nous n'intervenons pas auprès des enfants.

S. H. : Comment ce soutien s'organise-t-il ?

Il passe par deux éléments fondamentaux : la formation et l'accompagnement. Soyons clairs : le programme AMVE n'a pas pour posture d'ignorer le fait que l'ensemble des acteurs effectue d'ores et déjà un travail considérable, donc d'estimer que nous aurions découvert une bonne méthode et qu'il faudrait l'implanter dans les établissements scolaires. Ces derniers ne nous ont pas attendus ! Notre approche première est la valorisation de ce travail déjà effectué, premier élément de ce soutien. Le deuxième élément, c'est la mutualisation entre établissements scolaires. Nous ne sommes pas des donateurs de leçons. Nous prôtons le partage. Enfin, le dernier élément, celui sur lequel notre apport est sans doute le plus important, est l'enrichissement. Nous apportons des données issues de la recherche et des pratiques expérimentées ici et là.

S. H. : Comment, concrètement, fonctionne la formation ?

La formation s'appuie sur les stages de l'Éducation nationale, validés par le recteur et l'inspecteur d'académie, et sur les sessions destinées aux personnels territoriaux (avec le Centre national de la fonction publique territoriale) du côté des collectivités. Il y a également des partenariats avec des associations de parents d'élèves avec lesquelles nous organisons des temps d'échange. Nous travaillons toujours avec les acteurs institutionnels légitimes. Nous



© Auremar / Fotolia

leur faisons confiance et nous leur permettons d'échanger entre eux. Il y a toujours un ensemble d'écoles qui travaillent de concert. Les thèmes abordés sont très concrets. Par exemple, comment travailler tel ou tel album de littérature de jeunesse ? Comment aborder tel type de connaissance ? Comment développer des conseils d'école d'enfants ? Comment travailler sur la qualité de vie dans la cour de récréation ?

S. H. : Faites-vous appel aux associations péri ou extrascolaires ?

Oui. L'idée est de penser l'école dans son environnement et donc, selon les lieux, des associations ou des organismes divers sont associés. Le programme AMVE fonctionne sur six régions². Si nous prenons l'exemple de la Bretagne, le comité départemental d'éducation pour la santé d'Ille-et-Vilaine joue un rôle déterminant en assurant une grande partie des formations. Dans d'autres régions, Midi-Pyrénées par exemple, les comités départementaux ne sont pas présents dans le dispositif.

S. H. : Comment évaluez-vous les résultats de ce programme ?

L'évaluation n'est pas un supplément d'âme. Elle fait partie du contrat

pour les équipes qui mettent en place ce programme. Quand une école accepte d'entrer dans le dispositif, elle signe une charte éthique et reçoit un ensemble d'outils sous la forme d'une mallette. Cette dernière contient une quarantaine d'albums de littérature de jeunesse, des outils pédagogiques pour les diverses matières, des outils d'évaluation, etc. Nous utilisons, par exemple, des grilles pour évaluer la façon dont l'école met en place des partenariats, des outils pour mesurer le climat de l'école et comprendre ses déterminants. Les équipes d'écoles peuvent ainsi s'appuyer sur l'avis des enfants pour travailler à la qualité de vie et d'apprentissage.

S. H. : Quelle méthode utilisez-vous pour mesurer le climat relationnel d'une école ?

Nous employons des méthodes mixtes mélangeant à la fois des approches quantitatives (questionnaires) et qualitatives (entretiens). Toutes les écoles « AMVE » ont un questionnaire destiné aux élèves de cycle 3 (CE2, CM1, CM2). Il comprend des questions permettant d'avoir une idée de la perception des enfants sur le climat de l'école. On demande à l'élève ce qu'il pense de la vie à l'école, de la relation avec les enseignants, avec ses

camarades, de la violence à l'école, etc. Les questionnaires sont tous anonymes, c'est exclusivement à l'échelle de l'école que les données sont analysées.

S. H. : Quels sont les points forts de ce programme ?

D'abord, un impact net sur les pratiques des enseignants. L'implication d'un établissement dans ce dispositif modifie de manière durable les pratiques des enseignants en les orientant notamment vers des démarches plus collectives. Le programme AMVE permet aux enseignants de s'approprier, à leur manière, des démarches pédagogiques permettant de créer du lien dans les apprentissages. Nous constatons que ces pratiques visent le développement de différentes compétences liées à la promotion de la santé, mettant l'accent, en plus des connaissances, sur tout ce qui relève de la sphère émotionnelle, du mieux se connaître, de la prise en charge au sens de l'autonomie, de la solidarité.

Ensuite, nous relevons un impact positif fort sur la perception du climat d'école par les enfants. Ce climat s'améliore au fur et à mesure de l'engagement de l'établissement. Nous identifions également un impact durable. Quand on met en place le programme AMVE dans une école primaire et que l'on suit des groupes d'enfants au collège, l'on constate que certains effets perdurent. Comme la diminution de l'appréhension à venir au collège, par exemple, ou la sensation d'être mal à l'aise dans l'établissement. Enfin, il y a un impact sur les connaissances en santé des enfants.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

1. Le dispositif a été mis en place en 2003 en région Auvergne sous la responsabilité de l'IUFM. Depuis 2008, il est implanté dans six régions. Le pilotage du projet est assuré par l'IUFM d'Auvergne (Université Blaise-Pascal), l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et le réseau des IUFM.
2. Auvergne, Bretagne, Centre, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Rhône-Alpes (académie de Grenoble).

Le dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble »

Les objectifs : valoriser, mutualiser et enrichir les pratiques des écoles primaires dans le domaine de la promotion de la santé ; améliorer le climat scolaire et le bien-être à l'école afin de favoriser la réussite de tous les élèves ; développer les compétences sociales et civiques des enfants, leurs connaissances, capacités et attitudes nécessaires pour faire des choix éclairés et responsables ; améliorer le bien-être perçu des enfants.

Les moyens : former les équipes éducatives au niveau régional, puis les accompagner pour la mise en œuvre du programme dans les écoles primaires. Concrètement, ce sont les inspecteurs et conseillers pédagogiques de circonscription, les formateurs IUFM et les équipes de santé scolaire qui font ce travail. Objectif : enrichir les compétences et le réseau local pour une réelle pérennisation des pratiques.

Les publics cibles : les enseignants et les enfants des écoles primaires qui participent et la communauté éducative de ces établissements.

Le stage de formation des enseignants : il réunit les enseignants des écoles participant au projet ; il est axé sur le vivre ensemble, l'éducation à la santé et à la citoyenneté et la promotion de la santé à l'école, la présentation du programme AMVE, le lien avec la famille, etc. En complément de ce stage, trois animations pédagogiques d'une demi-journée sont organisées au cours de l'année.

Premier bilan : cent quinze écoles soit six cent cinquante enseignants et treize mille élèves bénéficiaires. Cinq régions (Auvergne, Basse-Normandie, Bretagne, Centre et Rhône-Alpes) ont démarré le programme en 2008, rejointes en 2009 par Midi-Pyrénées.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 255 avril 2010

Initiatives

La déclaration de politique globale et intégrée en matière de drogues : un espoir serait-il né ?

Antoine Boucher

Polémique à propos du dépistage du cancer du sein

Christian De Bock

Les enfants de la Gargouillacademy

Julie Hayette

Enfants difficiles, privilégier les réponses personnalisées

Carine Maillard

Manger : un écolage passionnant

Cristine Deliens

Réflexion

Le bien-être

Lise Thiry

Documentation

De l'intérêt d'avoir un documentaliste professionnel dans un Comité d'éducation pour la santé

Cécile Boudet, Amélie Peter
et Sandrine Hannecart

Vu pour vous

Gainsbourg (vie héroïque) : cachez ce malsain que nous ne saurions voir !

Thierry Poucet

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. 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 : www.educationsante.be

Entretien avec Pascal Touzanne, principal de collège à Saint-Laurent-de-Neste et Loures-Barousse (Hautes-Pyrénées)

« Instaurer un parcours de santé de la 6^e à la 3^e »

Comment instaurer un meilleur climat dans un collège et mieux aider les élèves à prendre en charge leur santé ? Principal de deux établissements dans les Hautes-Pyrénées, Pascal Touzanne a réactivé un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté et instauré un « passeport santé » de la 6^e à la 3^e, qui fait de la promotion de la santé un enseignement régulier. Ces collèges se sont dotés d'une cellule de veille et d'un groupe de parole pour les élèves en difficulté. Direction, enseignants, professionnels de santé scolaire et personnels de service sont impliqués et travaillent de concert.

La Santé de l'homme : Comment vous est venue l'idée d'implanter un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) ?

Pascal Touzanne : À l'occasion de la préparation au concours de personnel de direction, il y a quatre ans, j'ai découvert une enquête très globale réalisée, en lien avec la MGEN, par Georges Fotinos sur le climat scolaire dans les établissements. L'une des conclusions était de pointer le rôle particulier du personnel de direction dans ses possibilités d'impulsion, d'animation et de relations avec la communauté scolaire fréquentant l'établissement. Une seconde était d'insister sur la mise en place d'un certain nombre de dispositifs dont l'implantation d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Nommé adjoint dans un collège de la banlieue de Nancy, j'ai mis en place et piloté ce comité. Chef d'établissement du collège Beaulieu de Saint-Laurent-de-Neste et du collège de la Barousse à Loures-Barousse depuis cette année, j'ai reproduit la même politique en l'adaptant au contexte local.

S. H. : Comment vous y êtes-vous pris pour sensibiliser le personnel éducatif ?

Il fallait convaincre de l'intérêt de ce dispositif car d'autres mises en place

antérieures n'avaient pas connu le succès escompté. L'approche par parcours, l'implication des personnels sociaux et de santé, la clarification des enjeux et des objectifs de ce comité ont permis de remporter l'adhésion d'un maximum de personnes : enseignants, parents... Je n'ai donc pas rencontré de réticences mais, au contraire, l'assistante sociale, l'infirmier et des enseignants ont vite joué le jeu.

S. H. : Très concrètement, quelle a été votre démarche ?

Je me suis conformé aux circulaires, en particulier celle du 30 novembre 2006 sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté qui précise bien les démarches à suivre. L'établissement d'un diagnostic a été le préalable. Nous avons mené une enquête dans les collèges sur les besoins ressentis ou exprimés par les élèves et les enseignants. L'absentéisme, par exemple, le sommeil ou la fatigue de certains élèves ont été pointés. Pour réaliser ce diagnostic, l'infirmier et plusieurs infirmières stagiaires ont effectué un travail de collecte d'informations durant un mois et ont vu tous les élèves. Des indicateurs de vie scolaire sont venus compléter ce diagnostic préalable : taux d'absentéisme, motifs des exclusions temporaires... Le travail d'enquête demandé aux infirmières

stagiaires tournait beaucoup autour de la thématique du cadre de vie, de la façon dont les élèves ressentaient leur établissement. Il a été proposé également aux jeunes de répondre à des questions plus ouvertes, par exemple « que souhaiteriez-vous comme information sur la santé ? ». Nous avons aussi ouvert des pistes sur les thèmes importants pour le bien-être de l'enfant comme la nutrition ou la sexualité. Une fois l'enquête dépouillée, nous nous sommes réunis dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté afin d'en établir un bilan permettant la mise en place des actions.

S. H. : Qu'est-ce qui ressort globalement de ce bilan ?

Nous avons recueilli de nombreuses demandes sur la nutrition. Nous avons constaté que certains sujets, comme la consommation d'alcool, n'étaient pas placés en tête des préoccupations des élèves ; ceci malgré des chiffres de consommation sans équivoques, et ce, dès les classes de 6^e et 5^e. À partir de là, nous avons créé des « parcours de santé » en fonction de l'âge des élèves. À travers ce cadre, nous souhaitons obtenir davantage de lisibilité et de visibilité sur les actions entreprises. Notre cahier des charges prévoyait également que tous les élèves du collège aient droit aux différentes opérations



© Jacques Loic/Photomastop

menées. Nous avons donc travaillé par niveau, soit environ 80 élèves à la fois sur chaque action. La taille de l'établissement le permettant, tous les élèves auront ainsi pu profiter, en fin de 3^e à l'issue de leur cursus au collège, d'un parcours de santé complet.

S. H. : Comment s'organise ce parcours de santé ?

Sur l'ensemble des quatre ans du cursus scolaire, en fonction de l'âge de l'élève. Je prends comme exemple l'éducation à la sexualité, thème que nous mettons en place cette année. L'infirmière et l'assistante sociale en ont la charge, d'autres collègues comme la conseillère principale d'éducation (CPE) ou les enseignants de Sciences de la vie de la terre (SVT) peuvent être mobilisés. En 6^e, nous mettons à disposition des enfants une sorte de jeu de l'oie ; ce support pédagogique va permettre à l'enfant de parler des relations filles/garçons et des attitudes de vie collective. En 5^e, l'infirmière va intervenir sur la puberté concernant les garçons et sur l'hygiène intime pour les

filles. En 4^e, sont abordées des questions touchant à la sexualité et, en 3^e, les discussions porteront sur le thème de la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Ainsi, à la fin de la scolarité, il est remis à chaque élève un « passeport santé » reprenant l'ensemble des actions de santé menées sur le cursus ainsi que les attestations obtenues (PSC1 par exemple). L'année prochaine, notre ambition est de travailler en réseau avec les écoles de secteur afin d'entamer ces parcours dès le primaire.

S. H. : Quels sont les premiers résultats de ce programme sur l'amélioration du climat au collège, votre priorité ?

Il est très difficile de mesurer l'influence exacte du « parcours santé » sur le climat scolaire, car il n'y a pas que ce dispositif qui a un impact sur l'ambiance au collège. Un autre levier important est la façon dont est piloté l'établissement et les relations qu'entretiennent tous les acteurs de l'établis-

sement. Beaucoup d'élèves subissent un certain stress en venant au collège : problèmes relationnels entre camarades, peur de l'échec... Il me semble que c'est l'ensemble des actions, des projets menés dans l'établissement qui ont un impact sur le climat scolaire. Toutefois, je n'en suis pas moins persuadé que certaines de nos activités du Cesc sont fondamentales pour le bien-être de l'élève. Je pense par exemple au groupe de parole pour des élèves de 4^e en difficulté. L'assistante sociale et l'infirmière accompagnent un groupe de six ou sept élèves qui sont en difficulté scolaire et posent des problèmes en classe. Les élèves qui y participent sont demandeurs de ce type de respiration dans l'établissement. Nous avons créé également une cellule de veille qui permet un suivi des situations délicates, d'échanger des informations et de se répartir les interventions auprès des élèves en difficulté. Le comité nous a aussi permis de réfléchir sur le temps méridien « le midi-14 heures » pour lequel nous avons mis en place des activités sportives, culturelles ou d'autres activités intellectuelles. Même si l'évaluation de l'ensemble est difficile à faire, j'ai le sentiment que toutes ces actions influent sur le climat scolaire.

S. H. : Et concernant les relations entre les personnels ?

Incontestablement, ces actions ont permis aux personnels non enseignants de trouver une place réelle dans l'établissement. En général, les infirmières et les assistantes sociales viennent dans l'établissement une ou deux fois par semaine. Elles ne sont pas forcément repérées par les professeurs. Leur donner la responsabilité de mettre en place une vraie politique de prévention leur apporte une légitimité plus importante dans le collège. Les enseignants se sentent aussi concernés au-delà de leur discipline. Il y a une approche plus globale et un intérêt pour la vie de groupe par exemple. Quant aux parents, ils adhèrent à ce système d'accompagnement. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté permet ce tissage de liens, bénéfique autant pour l'individu que pour la collectivité.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

Éducation pour la santé à l'école : quelles compétences pour les professionnels ?

Les contenus spécifiques de l'éducation pour la santé interrogent les pratiques des professionnels de l'Éducation nationale. L'intervention éducative alors mise en place diffère des pratiques usuelles d'enseignement. Les contenus de l'éducation pour la santé s'appuient sur des savoirs scientifiques, sur le développement de compétences – savoir-être et savoir-faire – et sur des pratiques sociales. Ils mêlent des éléments relevant de l'intime et d'autres renvoyant à la sphère publique. Ils appartiennent à différents champs scientifiques, médicaux, philosophiques ou provenant des sciences humaines... Ces contenus se réfèrent à un certain nombre de valeurs et, de fait, sont parfois relatifs. Ils questionnent la personne dans son rapport à elle-même et à la société dans laquelle elle vit. Ces contenus nécessitent le développement de compétences psychosociales.

Pour accompagner l'élève dans la construction de ces compétences, les enseignants ont à mettre en place des interventions éducatives particulières qui ne peuvent se cantonner à une simple transmission d'informations ou de connaissances. Ces interventions doivent prendre en compte les conceptions des élèves, leurs savoirs et s'appuyer sur ceux-ci pour développer une action éducative favorisant la construction des compétences psychosociales. Il s'agit également de favoriser chez l'élève la construction d'une opinion raisonnée lui permettant de faire face à la complexité des prises de décisions et des situations qu'il sera amené à rencontrer. L'acquisition de ces compétences par les élèves suppose que les enseignants développent eux-mêmes des compétences particulières, notamment travailler en partenariat, conduire des projets, être en mesure d'engager un questionnement éthique, etc.

Ce dossier se divise en deux parties. La première propose un ancrage théorique de la notion de compétences. Elle situe la notion de compétences en éducation pour la santé dans l'école en l'articulant avec le fonctionnement de l'institution scolaire. Pour Jean-Louis Michard, l'éducation pour la santé ne vient pas en plus des autres disciplines mais contribue à modifier les façons d'enseigner, comme l'indique le socle commun de connaissances et de compétences¹. Dominique Berger montre comment l'éducation pour la santé oblige à redéfinir la posture d'ensei-

« Pour accompagner l'élève dans la construction de compétences psychosociales, les enseignants ont à mettre en place des interventions éducatives particulières. »

gnant autour du développement des compétences psychosociales des élèves. La seconde partie de ce dossier illustre la question de l'acquisition de ces compétences professionnelles en éducation pour la santé. Avec Frank Pizon, nous avons souhaité interroger les compétences mises en œuvre par les enseignants du premier degré et avec Bernadette Aubry celles du second degré ainsi qu'avec Mabrouk Nekaa celles mobilisées par les infirmiers de l'Éducation nationale. Le travail en partenariat amène à développer des actions d'éducation pour la santé dans l'école avec d'autres professionnels. Jean-Christophe Azorin montre l'importance de la formation des agents spécialisés des écoles maternelles. Christine Ferron et Valérie Lemonnier ouvrent les perspectives de partenariat entre l'école et les secteurs associatifs, notamment les instances régionales

d'éducation et de promotion de la santé. Et, pour finir, Luc Ginot et Bobeker Brahimi expliquent comment les collectivités territoriales peuvent s'investir avec l'école dans cette démarche d'éducation pour la santé.

En conclusion, ce dossier souligne l'importance de la formation dans la mise en œuvre et le développement de projets en éducation pour la santé.

**Sandrine Broussouloux,
Dominique Berger, Nathalie Houzelle**

1. Le socle commun de connaissances et de compétences est inscrit dans l'article 9 de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école. Il est décrit dans le décret n° 2006 830 du 11 juillet 2006.

Dossier coordonné par **Dominique Berger**, psychologue, maître de conférences, université Claude-Bernard, Lyon 1, IUFM de Lyon, équipe de recherche Paedi, **Sandrine Broussouloux** et **Nathalie Houzelle**, chargées de mission à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Illustrations : **Bobi + Bobi**



Quand l'École parle de **compétences** en matière d'éducation à la santé

C'est une révolution silencieuse dans la conception de l'enseignement : la loi de 2005 enracine l'éducation pour la santé dans les missions dévolues au système éducatif. L'École n'est plus seulement un lieu d'instruction, elle est un lieu d'acquisition de « compétences » pour que les jeunes développent des capacités, y compris face à leur santé, comme le souligne Jean-Louis Michard, inspecteur général de l'Éducation nationale. En théorie, l'application de ce texte législatif permet sur le terrain une véritable éducation pour la santé. En pratique, c'est une autre affaire...

Le terme « éduquer », « faire sortir de »¹, suggère une dynamique symétriquement opposée à « instruire » = « faire entrer des connaissances ». Éduquer un jeune, le faire sortir d'un état de dépendance pour l'élever à un état d'autonomie, telle est l'ambition de l'École. Mais pour éduquer, l'École a longtemps hésité entre une logique des savoirs et une logique des compétences : apporter des savoirs ou rendre apte à agir dans la vie.

Informer ou éduquer

Par un consensus tacite souvent encore largement admis, notamment pour ce qui touche à la santé des élèves, l'École instruit, les parents éduquent. C'est à partir de 1973, *via* la circulaire Fontanet sur l'information et l'éducation sexuelle, que l'École a très officiellement décidé d'éduquer aussi, et de jeter « les premières bases d'une éducation à la responsabilité ». Ce texte, en distinguant l'instruction *via* les enseignements et l'éducation *via* des actions parallèles, trace les deux voies que va suivre l'éducation à la santé au cours des décennies suivantes. Il marque la charnière entre une « instruction sur la santé » limitée depuis Jules Ferry à la transmission de préceptes hygiénistes, et une véritable éducation à la santé passant par l'acquisition de ce que le jargon désigne sous le nom de compétences psychosociales, balançant entre prévention et promotion.

L'École et les compétences

Les constats sur les acquis des élèves ont conduit l'École à se saisir d'un paradoxe : « *souvent, les élèves disposent de connaissances, mais sont incapables de les utiliser pour résoudre un problème quotidien* » (W. James, 1912) et à chercher la réponse dans un enseignement au service de l'acquisition de compétences.

Cette évolution s'opère, dès les années 1970, dans des disciplines qui se préoccupent d'une pédagogie par objectifs (sciences et vie de la terre, éducation physique et sportive, etc.). Dans les années 1980, on parle, dans ces mêmes disciplines, de savoir-faire disciplinaires ou transversaux liés aux enseignements. Il va falloir attendre les années 1990 pour voir apparaître le terme de compétences dans les programmes sans qu'il soit pour autant explicitement défini. Il faut se plonger dans la littérature des spécialistes de la didactique et des sciences de l'éducation pour savoir ce qu'est une compétence à l'école.

Mauvaise surprise : suivant les auteurs, l'acception du terme présente des différences. Les praticiens des disciplines d'enseignement ont des compréhensions différentes des termes de compétences, capacités, attitudes... Au niveau du socle commun, la définition qui a été donnée² vient de la littérature européenne, qui s'exprime par un lan-

gage très technique, écrit en anglais par des spécialistes qui maîtrisent les concepts mais qui ne sont pas souvent des locuteurs natifs, traduit en français par des linguistes non didacticiens, interprété par des décideurs à la lumière de leur propre culture. Cette polysémie engendre une confusion.

Cependant, des constantes se révèlent au gré des définitions. La mise en œuvre d'une compétence suppose la mobilisation d'un ensemble de ressources diversifiées, internes (les acquis) et externes (les documents, les outils, les personnes, etc.). La compétence s'exerce dans le contexte précis d'une tâche complexe : pour l'accomplir, il va falloir travailler à la fois de façon transversale – c'est-à-dire mobiliser différentes ressources – et globale – c'est-à-dire réaliser la tâche comme un tout. Ces compétences sont opérationnelles dans un programme précis, elles s'inscrivent dans des horaires, dans une structure, dans une discipline. Ceci veut dire qu'il y a des situations d'apprentissage qui permettent de les acquérir, c'est en tout cas le postulat que l'on formule dès que l'on parle de compétences à l'école. Pour faire acquérir ces compétences, on passe par des activités s'inscrivant dans un contexte précis mais on a intérêt à diversifier les situations d'apprentissage pour que les élèves s'adaptent à des conditions nouvelles. Derrière l'apprentissage d'une compétence, ce qui

est recherché est une adaptabilité, un transfert d'une situation à une autre. Une compétence n'a donc pas un caractère figé, il y a un dynamisme, une synergie entre l'acquisition des connaissances, le développement de capacités à les mettre en œuvre et l'adoption d'attitudes – trois éléments inséparables. Enfin, la compétence acquise à l'école a vocation à se déscolariser : une fois acquise à l'école, on doit pouvoir l'appliquer ailleurs, dans la vie courante, de façon naturelle.

L'exemple du socle commun

Dans la ligne de la loi d'orientation de 2005 et de recommandations du cadre européen de référence, le « socle commun des connaissances et compétences »³ comprend sept piliers représentant les compétences qu'un jeune doit maîtriser à l'issue de la scolarité obligatoire. L'éducation à la santé est-elle soluble dans ces compétences du socle commun ? La réponse est oui, mais il importe de bien remuer pour qu'elle y fonde... À bien regarder, trois des piliers l'incluent plus ou moins directement.

- Le pilier 3, « Principaux éléments de mathématiques et culture scientifique et technologique », comporte, parmi les connaissances, celle du fonctionnement du corps humain. Se limiter à cette approche serait réduire à une conception hygiéniste l'éducation à la santé, celle-ci n'est d'ailleurs pas explicitement citée là.

- La seule mention explicite se trouve dans les connaissances du pilier 6 « Compétences sociales et civiques » : une ligne « être éduqué à la sexualité, à la santé et à la sécurité » semble refléter à nouveau une conception basée sur les savoirs hygiénistes et de prévention. En revanche, l'expression des capacités (par exemple, « évaluer les conséquences de ses actes : savoir reconnaître et nommer ses émotions, ses impressions, pouvoir s'affirmer de manière constructive ») et des attitudes (par exemple, « le respect de soi et des autres ») renvoie bien à une prise en compte globale et positive de l'éducation à la santé.

- Il en est de même du pilier 7, « Autonomie et initiative » : à travers les connaissances (« connaître ses propres points forts et faiblesses »), les capacités



(« développer sa persévérance, avoir une bonne maîtrise de son corps ») et les attitudes (« se prendre en charge personnellement, prendre des décisions, s'engager et prendre des risques en conséquence, prendre l'avis des autres, etc. »), on est bien ici dans le domaine de la prise en charge par soi-même chère aux tenants de l'école promotrice de santé de Trevor Williams.

Le socle commun s'intéresse donc à l'éducation à la santé bien plus qu'il ne veut le dire explicitement par la petite ligne du pilier 6. En construisant délibérément la formation d'un jeune à partir de l'acquisition de compétences, il marque une véritable révolution dans la conception de l'enseignement à travers toutes les disciplines.

À travers l'exemple du socle, on retrouve un point commun à tous les textes officiels français concernant l'éducation à la santé : la cohabitation, dans l'esprit des rédacteurs, de plusieurs modèles d'éducation à la santé, de l'information biomédicale centrée sur les contenus à la promotion, en passant par différents types de prévention (prévention – lutte contre, au sens de « to prevent », prévention – anticipation au sens de « pre-venir »). Mais l'évolution

est palpable et l'application du texte permet, sur le terrain, la mise en œuvre d'une vraie éducation à la santé basée sur l'acquisition de compétences qui pourront être ré-investies dans la vie d'adulte... pourvu qu'on ait affaire à des enseignants formés, motivés et pilotés. Ceux-ci ne peuvent toutefois pas tout faire : professionnels de l'éducation, de la santé, partenaires associatifs, familles, de nombreux acteurs concourent à construire l'édifice des compétences en matière d'éducation à la santé... et en matière d'éducation en général.

Jean-Louis Michard

Inspecteur général de l'Éducation nationale,
Groupe permanent et spécialisé – Sciences
de la vie et de la terre, Paris.

1. Étymologiquement issu du latin educare (dérivé de ex-ducere, conduire en dehors). Le dictionnaire Le Robert souligne que jusqu'au XIX^e siècle, ce terme a été peu usité, on lui préférerait « élever ».

2. « Chaque grande compétence du socle est conçue comme une combinaison de connaissances fondamentales pour notre temps, de capacités à les mettre en œuvre dans des situations variées mais aussi d'attitudes indispensables tout au long de la vie, comme l'ouverture aux autres, le goût pour la recherche de la vérité, le respect de soi et d'autrui, la curiosité et la créativité. »

3. Appellation comportant un pléonisme assumé pour des raisons d'affichage, les compétences comprenant les connaissances.

Le socle commun des connaissances et compétences : fondements réglementaires et étapes historiques

La loi de 2005 pour l'avenir de l'École inclut un « socle commun » de connaissances et de compétences que l'élève doit maîtriser pour réussir sa scolarité. Savoirs scolaires, certes, mais aussi savoir-être et savoir-faire, favorisant la socialisation et prenant en compte la notion d'éducation pour la santé.

► Le « socle commun » est inscrit dans la loi

L'article 9 de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école précise que « la scolarité obligatoire doit au moins garantir à chaque élève les moyens nécessaires à l'acquisition d'un socle commun constitué d'un ensemble de connaissances et de compétences qu'il est indispensable de maîtriser pour accomplir avec succès sa scolarité, poursuivre sa formation, construire son avenir personnel et professionnel et réussir sa vie en société. Ce socle comprend :

- la maîtrise de la langue française ;
- la maîtrise des principaux éléments de mathématiques ;
- une culture humaniste et scientifique permettant le libre exercice de la citoyenneté ;
- la pratique d'au moins une langue vivante étrangère ;
- la maîtrise des techniques usuelles de l'information et de la communication.

Ces connaissances et compétences sont précisées par décret pris après avis du Haut Conseil de l'Éducation ».

C'est le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 qui décline ces cinq points en sept « piliers ».

► Le « socle commun » résulte d'une réflexion conduite depuis longtemps

Tête bien pleine ou tête bien faite ? Ces deux conceptions de l'éducation, exprimées par Montaigne, s'opposent dès l'Antiquité. On peut, en caricaturant, distinguer une éducation « à la romaine » basée sur la transmission de savoirs (Marc Aurèle : « *Instruis-les donc, ou supporte-les* ») et une éducation « à la grecque » basée

sur l'acquisition d'une autonomie (Socrate : « *Puisque la nature humaine ne peut acquérir une science dont la possession nous ferait savoir tout ce que l'on devrait faire ou dire, je regarde comme sages les gens qui, par leurs ressources, peuvent atteindre le plus souvent la solution la meilleure... Ils n'ont jamais rien appris qui vienne de moi, mais ils ont trouvé eux-mêmes...* »).

► L'idée de socle pré-existe dès 1792

Condorcet : projet de décret sur l'organisation générale de l'instruction publique.

« *Offrir à tous les individus de l'espèce humaine les moyens de pourvoir à leurs besoins, d'assurer leur bien-être, de connaître et d'exercer leurs droits, d'entendre et de remplir leurs devoirs ; assurer à chacun d'eux la facilité de perfectionner son industrie, de se rendre capable des fonctions sociales auxquelles il a droit d'être appelé, de développer toute l'étendue des talents qu'il a reçus de la nature, et par là établir entre les citoyens une égalité de fait... : tel doit être le premier but d'une instruction nationale ;... c'est pour la puissance publique un devoir de justice.* »

► Les fondements modernes du socle

• 1975 : création du collège unique de la réforme de René Haby. « *Le premier objectif, c'est l'élévation du niveau de connaissances et de culture des Français [...]. On peut se poser la question de savoir si, à côté de l'obligation de scolarité jusqu'à seize ans, il ne faudrait pas imaginer une autre obligation qui serait de donner à chaque Française et à chaque Français un savoir minimal* ». Extrait de l'allocution du président de la République, Valéry Giscard d'Estaing, le 25 juillet 1974.

• 1996 : préambule des programmes 6 (article 2 du décret) : « *Le collège dispense à tous les élèves une formation qui doit leur permettre d'acquérir les savoirs et savoir-faire fondamentaux constitutifs d'une culture commune... et favorise sa socialisation et sa compréhension du monde contemporain.* »

• 1999 : « le collège des années 2000 : un collège pour tous et pour chacun ».

« *Il s'agit de leur droit à un socle de compétences qui leur permette de se situer dans une histoire et dans une culture partagées, qui les aide à trouver leurs marques et à construire leur avenir dans un monde qui bouge, qui conjugue les connaissances nécessaires et la capacité de faire, l'autonomie pour être et l'aptitude à vivre ensemble.* »

• 2001 : Rapport Joutard puis séminaire 2001 sur l'avenir du collège : « *Quelles connaissances et quelles compétences l'élève doit-il maîtriser en quittant le collège ?... Un cahier d'exigences fixera l'idéal éducatif du collégien, il sera diffusé auprès des familles, il servira à montrer comment concrètement chaque discipline contribue à...* »

► Le contexte de la politique européenne pour l'éducation et la formation

• 1996 : « livre blanc » : il s'agit d'identifier à l'échelle européenne les compétences clés.

• 2000 : « stratégie de Lisbonne » : le Conseil recommande l'adoption d'un cadre européen des compétences permettant à chacun de vivre et travailler.

• 2004 : le cadre européen de référence définit « *des compétences clés pour l'apprentissage tout au long de la vie qui devraient être transférables et donc applicables à diverses situations et contextes, et multi-fonctionnelles : en ce sens qu'elles puissent être utilisées pour atteindre plusieurs objectifs, résoudre des problèmes de genre divers et pour accomplir des tâches différentes* ».

• 2005 : les recommandations du Parlement et du Conseil sont présentées par la Commission européenne.

En France, elles sont reprises par le Haut Conseil de l'Éducation et aboutissent à la loi d'orientation d'avril 2005.

Jean-Louis Michard

Inspecteur général de l'Éducation nationale,
Groupe permanent et spécialisé – Sciences
de la vie et de la terre, Paris.

L'éducation pour la santé requiert des compétences spécifiques pour les enseignants

Comment les enseignants doivent-ils s'y prendre pour inclure l'éducation pour la santé dans leurs enseignements ? En mettant en place des interventions éducatives particulières. Il s'agit rien de moins que d'adopter une nouvelle posture professionnelle, d'aller bien au-delà de la traditionnelle transmission de connaissances. Ils doivent effectuer un travail de médiation entre les élèves, leur environnement et les savoirs pour leur permettre de prendre du pouvoir sur soi et de le faire collectivement.

En matière d'éducation à la santé en milieu scolaire, les données de la recherche (1) montrent qu'il ne s'agit pas fondamentalement pour les professionnels de l'Éducation nationale d'enseigner des savoirs complets et validés scientifiquement, reconnus par une communauté chargée de les enseigner. Il s'agit bien davantage de développer chez les enfants et les adolescents des savoir-faire et des savoir-être, de discuter des valeurs et des choix, de s'appuyer sur des connaissances parfois incomplètes et incertaines, de construire un esprit critique permettant de poser des questions pertinentes parfois sans réponse. Il s'agit de développer une approche globale du bien-être dans une perspective éducative plus large.

Du fait de cette particularité, l'éducation à la santé à l'école n'entre pas dans un cadre didactique et pédagogique univoque et clairement défini. Elle s'inscrit davantage dans une forme non scolaire de savoir (2) et ne dispose pas d'une matrice disciplinaire claire en termes d'objet, de tâche ou de savoir mais bien davantage d'un parcours tout au long de la scolarité de l'élève. Ainsi, sur le plan pédagogique, l'éducation à la santé se présente sous la forme d'actions éducatives « non scolaires » qui déstabilisent la pratique traditionnelle d'enseignement.

Proximité entre l'intime et le social

Dans cette perspective, les dimensions morales, affectives et politiques

sollicitent en permanence l'enseignant qui éduque à la santé, au-delà même de la nécessaire technicité didactique de l'action d'enseigner, fondée sur des connaissances scientifiques où l'expert organise un ensemble de savoirs validés et complexes en vue d'une transposition en direction de son public. Les représentations sociales et les conceptions individuelles de l'enseignant et des élèves jouent un rôle central dans la démarche d'éducation à la santé. La nature spécifique de l'éducation pour la santé et sa proximité entre l'intime et le social lui confèrent une place particulière sur les plans didactique et pédagogique. Les dispositifs pédagogiques qui en découlent ne peuvent se cantonner au seul registre de la didactique disciplinaire usuelle fondée sur la transmission de savoirs scolaires stabilisés ; ils conduisent à définir une posture professionnelle originale.

Ces particularités obligent à une pratique enseignante « réfléchie » (3), fondée sur l'analyse de son expérience d'enseignement et accompagnée d'une démarche de structuration et de transformation de ses pratiques, d'analyse des situations et de ses savoirs scientifiques et professionnels. Il s'agit d'une réflexion sur l'action (4) dans une visée « méthodique, régulière, instrumentée, sereine et porteuse d'effets » acquise dans un processus continu et délibéré. Pour l'enseignant, il s'agit bien de pouvoir s'autoréguler dans l'action d'enseigner en fonction d'objectifs pédagogiques, de



finalités didactiques et d'un ensemble cohérent de valeurs. Cette autorégulation renvoie à la pratique professionnelle et aux enjeux pédagogiques de la situation d'enseignement (5). Cette posture « réfléchie » autorise la mise à distance de la situation éducative et la prise de recul par rapport à soi-même et à son propre système de représentations. Cette posture permet de tisser un lien entre un ensemble de savoirs théoriques et un corpus d'expériences ; entre des « connaissances » sur les personnes et la connaissance de soi-même ; entre la tâche éducative et ses objectifs ; et, enfin, entre des stratégies pédagogiques et des situations de références vécues par l'élève sur le thème abordé (6).

Les enseignants, **entre quotidien et compétences en éducation pour la santé**

Les enseignants sont peu ou pas formés à l'éducation pour la santé. Ce déficit de formation ne leur permet pas de se sentir préparés à intervenir sur ce thème. Une formation expérimentale organisée par une inspection de l'Éducation nationale dans le département de l'Allier montre qu'ils peuvent acquérir connaissances, compétences et légitimité, à condition d'un solide accompagnement sur le terrain, inscrit dans la durée.



Dans le champ scolaire, l'éducation à la santé n'est pas, à proprement parler, une discipline mais présente un caractère transversal dans l'activité professionnelle des enseignants. Malgré une position périphérique vis-à-vis des disciplines traditionnelles, les prescriptions adressées à l'École¹ en matière de prévention et d'éducation à la santé sont abondantes et renvoient à la fois à des orientations de santé publique et à des injonctions propres à l'Éducation nationale. La mission quotidienne de

l'École est donc de tenir ensemble des objectifs multiples qui réclament une recherche permanente de cohérence dans la conduite de la classe, cohérence qui implique le développement des compétences professionnelles des enseignants.

Le contexte

Dans ce contexte et à titre expérimental à l'échelle d'un territoire, l'ensemble des trente enseignants des écoles maternelles et élémentaires d'un

secteur semi-urbain du département de l'Allier bénéficie, depuis 2008, d'un dispositif de formation et d'accompagnement proposé par l'Éducation nationale. Une demande initiale d'accompagnement avait été formulée par un certain nombre d'enseignants à l'occasion de la visite de la conseillère pédagogique ou lors des inspections en classe. Cette demande spontanée a ainsi montré toute la pertinence qu'il y avait à soutenir ces enseignants dans leur action en matière d'éducation à la santé et de prévention, notamment du fait de la vulnérabilité des élèves qu'ils accueillent. Un nombre important d'indicateurs socio-économiques pointaient un cumul très net des difficultés chez leurs élèves.

En amont, le contexte départemental a permis de mobiliser une dizaine de professionnels différents (formateurs en IUFM, conseillers pédagogiques, associatifs, etc.) ayant une expertise en éducation à la santé². Le soutien de l'inspecteur de la circonscription est apparu primordial afin de légitimer pleinement cette démarche, en organisant des temps forts de formation dans le cadre d'animations pédagogiques du premier degré³.

La méthode

Sur un plan méthodologique, en collaboration avec l'équipe de recherche en éducation à la santé du laboratoire Paedi de l'université Blaise-Pascal – IUFM d'Auvergne, tous les enseignants ont d'abord été interviewés sur la place qu'ils accordaient à l'éducation à la

santé dans leurs pratiques professionnelles. Les résultats de cette étude ont montré que le débat était moins centré sur la légitimité à intervenir (1, 2) que sur le sentiment d'isolement dans la conception et la réalisation de son activité professionnelle. Parmi les freins qui ont été cités, l'expression d'un manque de connaissances et d'une difficulté dans le choix des attitudes à adopter a été mise en avant. Le poids de l'actualité et la complexité des textes (entre éducation, prévention, protection) (3), l'impression de flou dans les programmes justifient des positions qui oscillaient plus largement entre « faire en plus », « faire avec le reste », voire « ne pas faire », et ce, au regard de prescriptions pourtant communes.

Cette identification d'un faible sentiment d'efficacité et d'un manque de confiance en soi sur le plan professionnel a permis de fixer une priorité d'intervention : sécuriser ces enseignants dans leurs pratiques de classe, notamment en référence au respect du cadre éthique délimitant leur intervention.

La formation

Le premier objectif de cette formation a été de proposer aux enseignants une synthèse des données issues des interviews qu'ils avaient accordées. Le deuxième a été de replacer les missions de l'École en éducation à la santé dans un cadre de construction et d'émancipation des individus avec une perspective citoyenne. Le troisième a été de proposer des supports pédagogiques et des ressources d'animation de groupes de classe, notamment celles issues du dispositif de promotion de la santé « Apprendre à mieux vivre ensemble » (voir rubrique « La santé à l'école »

page 12) et de l'outil Profédus⁴. Le quatrième a été de leur présenter des partenaires locaux de l'École en mesure de les accompagner dans la durée, que ce soit des partenaires associatifs (Codes, Anpaa, Adpep, Usep) ou institutionnels (santé scolaire, formateurs en IUFM et conseillers pédagogiques). Enfin, le cinquième et dernier objectif visait à mettre à disposition des ressources pour la classe par le biais d'un site Internet dédié à l'éducation à la santé à l'école (<http://crdp.ac-clermont.fr/pupitre/garesc>).

À l'issue de la mise en place de ce dispositif, il apparaît que le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle des enseignants passe probablement par leur capacité à une plus grande maîtrise des choix qu'ils opèrent pour agir dans un domaine renvoyant à l'intime du sujet. La verbalisation de ces choix a largement participé à réduire leur résistance au changement, cette résistance étant révélatrice d'un malaise professionnel persistant (4) du fait d'un travail de plus en plus complexe (5). Le rappel des limites d'intervention entre la sphère privée et la sphère publique a permis notamment de repréciser le « chacun son métier ».

La formation qui a été mise en place se devait de rassembler des positionnements et des expériences professionnelles différents, avec des niveaux d'expertise multiples. Si l'on vise effectivement la mise à distance des pratiques dans une démarche réflexive, il nous faut accepter que la complexité de l'objet « éducation à la santé » tel qu'il apparaît dans les prescriptions, la diffi-

culté de mise en perspective de ses propres représentations mais aussi la réalité des problématiques sanitaires auxquelles les élèves sont exposés, appellent un solide travail d'accompagnement des enseignants sur le terrain. Un tel accompagnement ne peut être efficace que s'il est soutenu dans la durée. C'est pourquoi la création d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) premier/second degré trouve progressivement toute sa pertinence pour pérenniser l'action de ces enseignants. Il offre aussi un outil pertinent de liaison et de continuité école/collège sur un même territoire, donnant ainsi un cadre institutionnel aux actions de prévention et d'éducation à la santé.

Frank Pizon

Maître formateur,

Didier Jourdan

Professeur des universités,

Carine Simar

Équipe de recherche en éducation à la santé,

laboratoire Paedi,

université Blaise-Pascal, IUFM,

Clermont-Ferrand,

Soraya Rommel

Conseillère pédagogique,

circonscription de Montluçon 2, Allier,

Virginie Monney

Infirmière conseillère technique auprès

de l'inspecteur d'académie de l'Allier.

► Références bibliographiques

- (1) Jourdan D., Piec I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M.-L., Laquet-Riffaud A., et al. Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, vol. 4, n° 14 : p. 403-423.
- (2) Berger D., Riffaud A., Jourdan D. *Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé*. Congrès international d'Actualité de la recherche en éducation et en formation, Strasbourg, 28 au 31 août 2007.
- (3) Pizon F., Jourdan D. Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Revue Spirale*, 2009, n° 43 : p. 171-190.
- (4) Pochard M. *Rapport sur la redéfinition du métier d'enseignant*. Livre vert. 2008 : 271 p.
- (5) Maroy C. Les évolutions du travail enseignant en France et en Europe : facteurs de changement, incidences et résistances dans l'enseignement secondaire. [Note de synthèse]. *Revue française de pédagogie*, 2006, n° 155 : p. 111-142.

1. Dans cet article « École », avec un « É » majuscule, renvoie à la fois à l'école primaire, au collège et au lycée.

2. Le département de l'Allier, sous l'impulsion de l'inspection académique en lien avec l'IUFM d'Auvergne, l'Anpaa de l'Allier, le Codes, la Mutualité française de l'Allier, s'est doté, en 2008, du « Groupe Allier de ressources en éducation à la santé et à la citoyenneté » (Garesc) qui regroupe une vingtaine de professionnels (infirmières, médecins, animateurs associatifs, formateurs en IUFM, conseillers pédagogiques, maîtres formateurs, etc.).

3. Les animations pédagogiques correspondent, dans le premier degré, à des temps professionnels consacrés à des thématiques pédagogiques variées au sein desquelles l'éducation à la santé peut venir prendre place. Ces animations sont organisées sous la responsabilité de l'inspecteur de l'Éducation nationale de chaque circonscription.

4. L'outil Profédus est un outil d'aide à la formation de formateurs en éducation à la santé. Il est développé par le réseau des IUFM, tout particulièrement l'IUFM d'Auvergne, à paraître aux éditions INPES fin 2010.

Pour en savoir plus

<http://crdp.ac-clermont.fr/pupitre/garesc>

Contre le mal-être, des débats-philos au collège

Dans un collège de la Marne, alertés sur le mal-être de certains élèves, enseignants et équipe éducative ont créé des « récré-philos ». Objectifs : faciliter la prise de parole et l'écoute, mettre en débat des questions de société et y apporter des réponses, avec un binôme constitué d'un enseignant et d'un expert extérieur.

Au collège Louis-Grignon à Fagnières, dans la Marne, les membres de la communauté éducative – l'assistante sociale, des enseignants de français, d'éducation physique et sportive, les psychologues et l'infirmière – témoignent collectivement : *« Certains jeunes présentaient des signes de mal-être avec différentes manières de l'exprimer, pouvant aller jusqu'à des scarifications chez certains, et derrière lesquels, au-delà des problématiques individuelles, on trouvait un manque de communication (on se parle mal, on ne parle pas), des fausses idées, des malentendus, des incompréhensions avec les autres, avec les parents, etc. Il est donc apparu intéressant de compléter le travail individuel des enseignants et de l'équipe éducative par une action collective pour répondre à un besoin d'expression, de réflexion et d'échanges ».*

En 2008, à partir de ce constat, l'équipe éducative conçoit le projet « récré-philos » en s'inspirant des « moments philo » pratiqués dans les écoles élémentaires par l'Office central de la coopération à l'école (OCCE)¹ dans le cadre de la pédagogie coopérative. Son principe : que les apprentissages essentiels se construisent, dans un groupe de pairs, grâce notamment aux interactions avec les autres. Cette pédagogie implique un travail au sein de groupes hétérogènes d'élèves pour résoudre des problèmes complexes ; ce travail passe par un projet global incluant des temps de parole dans le respect des règles négociées de la discussion, des instances de régulation et l'évaluation de la qualité des apprentissages réalisés. La pédagogie est fondée sur le respect,

l'autonomie, la responsabilité, l'entraide et la solidarité. L'approche coopérative s'appuie sur la confiance dans la possibilité qu'ont les élèves de penser par eux-mêmes, d'en être conscients et d'exprimer cette pensée.

Savoir s'exprimer et communiquer avec les autres

Objectif du projet : réduire le mal-être des élèves, leur permettre de s'exprimer sur eux-mêmes, leurs questionnements et préoccupations, leur environnement, la société. Leur donner le moyen de communiquer autrement : savoir s'exprimer, communiquer avec les autres et les écouter en développant le respect de soi et de l'autre. Ces moments de débats philosophiques amènent aussi l'élève à développer les compétences suivantes : construction de soi, de sa réflexion, de sa pensée en prenant connaissance de celle des autres. Le projet est présenté au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) qui le valide.

Les modalités sont les suivantes : proposer aux élèves un temps d'échange et d'expression sous la forme d'un débat philosophique sur les différents thèmes qui les intéressent pendant le temps institutionnel des « heures de vie de classe ». Cette action est évaluée *via* un bilan global réalisé par les intervenants et une enquête de satisfaction auprès des élèves (sous la forme d'un questionnaire). Les partenaires sollicités sont l'OCCE pour son expertise en matière de débats et de communication, ainsi que le centre départemental de documentation pédagogique (CDDP) de la Marne qui organise « des

cafés-philos » pour adultes et met à disposition les ressources et outils pédagogiques qui s'y rapportent.

Pour animer les débats, les enseignants et l'équipe éducative (infirmière, assistante sociale, etc.) se forment aux techniques d'animation selon la pédagogie coopérative. Douze à quinze élèves sont en cercle autour de l'animatrice et de l'enseignant. Ce dernier présente aux élèves ses intentions : développer l'expression orale, leur donner la possibilité de penser par eux-mêmes et en être conscients, les autoriser à exprimer une pensée propre différente de celle des autres et de l'adulte. Les règles de la discussion sont rappelées ou négociées (distribution de la parole, rôle de chacun, etc.). L'animatrice présente le thème et lance la discussion ; l'enseignant prend en note les échanges (le débat peut aussi être enregistré). L'enseignant aide, par les questions qu'il met en débat, à problématiser, conceptualiser, justifier sa pensée, la reformuler. Les réponses se construisent avec le temps et grâce aux interactions. Après une heure de débat, l'animatrice peut faire une synthèse en reprenant les expressions individuelles qui ont marqué chacun et en faisant émerger des questions nouvelles pour une autre discussion.

Une première expérience – auprès d'une classe de 4^e divisée en deux sous-groupes dont plusieurs élèves étaient en difficulté scolaire surtout au niveau de l'expression orale – a été conduite sur le thème de la mode autour de la question des élèves « pourquoi faut-il



être à la mode ? ». Les deux séances prévues ont été satisfaisantes : respect du protocole établi pour la prise de parole, l'écoute et l'implication des élèves, la pertinence, la richesse de leurs échanges dans la confrontation des différentes opinions. Une urne est ensuite mise à la disposition des élèves afin qu'ils proposent des sujets qui les intéressent pour d'autres débats. Ainsi ont-ils proposé les thèmes « télévision » et « Internet » ; l'enseignant et l'animateur ont aussi proposé « la différence », « le handicap » et la thématique de la solitude : « Est-ce qu'on doit être seul pour se retrouver soi-même ?² ». Cette dernière discussion philosophique a été engagée à partir d'un photolangage® et a amené des réflexions comme « *si on est seul, on n'est personne...* », reprises lors d'une séance suivante. Les autres thématiques seront traitées ultérieurement.

Développer les compétences des enseignants

L'évaluation a mis en avant les difficultés de l'équipe à dégager du temps pour réussir ce projet. Cependant, l'amélioration des attitudes et des comportements des élèves entre eux, avec les adultes, et la diminution des signes de mal-être ont encouragé toute l'équipe à s'investir pour poursuivre cette expérience, notamment en inscri-

vant ces formations dans le Plan académique de formation (Paf) élaboré sous l'autorité du recteur. De plus, le bilan des membres de l'équipe fait apparaître le besoin de se former davantage avec des partenaires extérieurs expérimentés dans l'animation de moments philosophiques. En effet, les résultats obtenus par les seuls adultes du collège sont moins satisfaisants que ceux obtenus par le binôme adulte du collège et partenaire extérieur. Cela s'explique non seulement par les compétences professionnelles mieux maîtrisées des partenaires en matière d'animation de débats mais aussi parce que ces derniers portent un regard sans *a priori* sur les élèves. La présence d'un partenaire professionnel extérieur aux côtés de l'enseignant a permis un débat plus ouvert, une participation plus libre des élèves et une cohérence éducative autour de l'élève.

La conduite de ce projet nécessite des compétences professionnelles particulières : travailler en équipe, maîtriser la démarche de projet. Il convient d'y ajouter des compétences relatives aux enjeux du débat philosophique (construction identitaire, maîtrise de la langue orale, citoyenneté, conceptualisation), aux techniques d'animation et notamment celles de la conduite d'un débat : choisir le sujet, le support péda-

gogique (photolangage®, citations, contes, lecture d'ouvrages), formuler les questions au cours du débat, gérer la prise de parole et les relances pour amener chacun à penser même silencieusement, faire progresser et évoluer la discussion. Ces compétences se construisent par la réflexion mais aussi par la pratique et l'analyse qui en est faite séance après séance.

En septembre prochain, ce projet sera de nouveau proposé ; l'équipe sera élargie à d'autres adultes du collège et bénéficiera de formations pour consolider les compétences déjà acquises.

Bernadette Aubry

Agrégée en sciences de la vie et de la terre,
présidente du réseau des IUFM
pour la formation en éducation à la santé,

Valérie Amar

Assistante sociale,
Collège Louis-Grignon, Fagnières.

1. Association complémentaire de l'école. <http://www.occe.coop/federation/>

Ressources bibliographiques et pédagogiques sur l'onglet « les écoles qui s'interrogent » : <http://www.occe.coop/~ad51/>

2. À l'aide de photographies représentant une femme seule tournée vers l'horizon.

Les compétences des infirmiers scolaires au service de l'éducation pour la santé

Dans les établissements, l'infirmier scolaire est le référent en éducation pour la santé. Mais comment, dans la pratique, agir pour la santé globale des élèves alors qu'ils sont souvent mobilisés pour dispenser du soin ? Avec le soutien fort de l'établissement et par un travail en partenariat avec les enseignants. Les infirmiers demandent à être formés aux compétences pédagogiques pour partager une culture commune avec les enseignants. Si on leur en donne les moyens, ils peuvent mettre leur expertise au service des équipes pédagogiques pour travailler sur les questions de santé à l'école et faire le pont entre les programmes et la promotion de la santé.

Les infirmier(e)s de l'Éducation nationale sont un corps particulier rattaché au ministère de l'Éducation nationale. Depuis la circulaire du 12 janvier 2001, l'infirmier d'établissement doit être le référent santé en matière de prévention et d'éducation à la santé. Sa mission s'inscrit dans la politique générale de promotion de la réussite scolaire des élèves et des étudiants.

À partir d'un travail d'enquête conduit entre 2006 et 2007, l'analyse des conceptions déclarées de ces personnels a permis de mettre en exergue les déterminants de leurs pratiques. Cent quatre-vingt-huit infirmiers de l'Éducation nationale des rectorats de Lyon et de Clermont-Ferrand ont répondu à notre questionnaire.

Les enjeux de la formation dans la construction de l'identité professionnelle

L'action de l'infirmier s'inscrit dans la durée et dans l'instauration des liens nécessaires avec l'ensemble de la communauté éducative, elle permet l'introduction d'une approche globale. Les nouveaux infirmiers qui viennent du système de soins paraissent avoir plus de difficultés, ce qui les oblige à se construire de nouvelles compétences professionnelles dans le système éducatif. Le travail d'infirmier scolaire implique, en effet, la construction de compétences liées au fonction-

nement particulier de l'Éducation nationale et l'instauration d'une nouvelle identité professionnelle. Nous percevons alors la spécificité du métier d'infirmier scolaire, non plus articulée autour du soin aux patients mais bien autour de tâches éducatives. L'influence de la formation sur les représentations de l'éducation à la santé par les infirmiers apparaît clairement (1). Il s'agit du facteur qui pèse le plus

significativement sur la pratique professionnelle et le sentiment de compétence des acteurs. C'est un élément déterminant qui rappelle l'enjeu et le rôle de la formation dans le développement des programmes de prévention (2), mais aussi dans les processus d'acquisition des compétences dans le champ d'intervention de l'éducation à la santé (3). D'autres travaux (4) désignent la formation comme première

Devenir infirmier à l'Éducation nationale

Titulaire d'un diplôme d'État, l'infirmier(e) scolaire est nommé(e) après réussite à un concours académique (écrit et entretien). La formation des infirmier(e)s est organisée par le Centre académique de formation de l'administration (Cafa) au niveau de chaque rectorat. Le contenu du stage initial d'adaptation à l'emploi n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. Sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement d'affectation, il peut être nommé sur poste en internat ou en externat, ou en poste mixte. Dans ce cas, l'infirmier(e) est affecté(e) dans un collège et exerce, pour la majorité de son temps de travail, dans cet établissement ainsi que dans des écoles du secteur de recrutement du collège. Il est le conseiller du chef d'établissement en matière de santé, de prévention, d'éducation à la santé, d'hygiène et de sécurité et le référent et acteur de santé, tant dans le domaine individuel que dans le domaine collectif, dans l'établissement scolaire. L'infirmier(e) est tenu(e) au secret professionnel¹ qui s'impose à tout(e) infirmier(e) dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il (elle) a vu, entendu, constaté ou compris². Le respect du secret professionnel ne s'étend pas aux données non nominatives et ne fait pas obstacle au fait de rendre compte de son activité et de contribuer au bon fonctionnement de l'établissement.

M. N.

1. Dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal et article L4314-3 du Code de la santé publique.

2. Article R4312-4 du Code de la santé publique.

condition de la mise en œuvre des activités de prévention.

Comme l'explique Jeannine Pomnier (5), l'évolution de la formation biomédicale et le besoin de questionner, d'adapter les pratiques professionnelles par des échanges d'expériences avec d'autres acteurs permettent d'appréhender l'importance des déterminants de la santé et de découvrir la diversité des approches, des démarches et des outils complémentaires qui sont associés à l'approche globale de la santé. Il s'agit de recomposer une identité professionnelle dans une perspective de promotion et de mise en œuvre d'une politique de santé en faveur de tous les élèves scolarisés par des actions d'éducation à la santé (6) et non plus de dispenser des soins sous ordonnance. C'est une représentation qui conduit les infirmiers à se poser en « spécialistes » des questions d'éducation à la santé et qui contribue à les marginaliser davantage dans une institution dont la mission principale reste

la transmission de savoirs disciplinaires. Une des difficultés majeures qui en résulte est le sentiment d'isolement. Celui-ci n'est pas lié au lieu d'exercice ou à la taille du secteur mais plutôt à la position originale d'un professionnel du soin en milieu scolaire et à une absence de reconnaissance du travail éducatif engagé. Corrélat aux pratiques, il laisse percevoir une posture dysphorique qui n'est pas sans incidence sur l'activité professionnelle. Le travail en comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) et le travail en équipe permettent de rendre le sentiment d'isolement moins lourd, tout comme le fait de travailler en partenariat.

Dans le champ du soin, le positionnement des infirmiers oscille entre une relative autonomie d'exécution et un rôle subalterne, lui-même tributaire d'une organisation institutionnelle fortement hiérarchisée et protocolarisée. L'analyse des contenus montre que dans leur exercice professionnel, les infirmiers scolaires rencontrent un réel

problème dans la prise en charge et l'autonomisation de leur action, ce que traduit ce sentiment d'isolement déjà évoqué.

Dans le monde de l'éducation, l'autonomie d'intervention importante des infirmiers vient en rupture avec cette pratique de soins et déstabilise des positionnements personnels acquis en formation initiale (importance de la prescription et fonctionnement fortement hiérarchisé). Cette autonomie est également confrontée aux contraintes de l'environnement scolaire (administration, engagement des enseignants, gestion de l'emploi du temps, etc.). Être infirmier scolaire oblige à changer de représentations et de pratiques sociales de référence (liées à l'univers médical) et à se confronter à de nouvelles représentations et pratiques (liées à l'éducation) reposant sur une autonomie importante pour lesquelles la formation initiale fait défaut. Cette autonomie n'est pas aisée car elle implique une responsabilité accrue

Un exemple : la formation des infirmiers dans l'académie de Lyon

Dans le cadre de la formation « Adaptation à l'emploi » des nouveaux infirmier(e)s de l'Éducation nationale, l'infirmière conseillère technique du recteur met en place un module de formation « Éducation à la santé en milieu scolaire » pour les infirmier(e)s de l'académie de Lyon qui ont réussi le concours d'entrée chaque année.

La formation d'adaptation à l'emploi a pour but de rendre les infirmier(e)s opérationnels, rapidement et durablement dans leur emploi, de réduire les écarts entre les compétences et les exigences du poste, et de développer leurs capacités à s'intégrer et à évoluer dans l'institution. Il s'agit de renforcer les compétences spécifiques des infirmier(e)s à la fois dans leurs capacités professionnelles et dans leurs aptitudes à travailler en équipe en favorisant une logique de réseau. D'autres modules (en plus du module éducation à la santé) et un tutorat sont également mis en place pour pouvoir atteindre cet objectif général d'adaptation à l'emploi.

Compétences visées

Savoirs : savoirs théoriques en éducation pour la santé, connaissance du public (enfants, adolescents, jeunes adultes), connaissance des missions de chacun au sein de l'institution, des procédures, des textes institutionnels, du cadre, de la méthodologie de projet.

Savoir-faire : savoir travailler en équipe, repérer les besoins en santé et les hiérarchiser, proposer et/ou conduire un projet, participer et/ou mettre en place une action et l'évaluer, savoir animer des débats et/ou participer à une animation de groupe, savoir communiquer.

Savoir-être (valeurs, attitudes, comportements) : connaître et faire siennes les valeurs républicaines dans l'exercice de sa profession, « prendre soin » de tous les élèves (chaque élève a de la valeur à mes yeux) ; pour pouvoir s'intégrer dans la communauté scolaire, il est nécessaire de gagner la confiance des élèves et des adultes (respect du secret professionnel), développer une attitude d'empathie lors de la relation

d'aide individuelle, se garder de donner ses propres réponses (les élèves vont construire leurs réponses) s'abstenir de faire des discours moralisateurs, ne pas banaliser, ni dramatiser les attitudes ou les comportements en santé qu'ils donnent à voir, les aider et les accompagner.

Objectifs de formation

Objectif général

• S'intégrer, créer un sentiment d'appartenance, se reconnaître, se sentir impliqué(e) dans la globalité du métier d'infirmier(e) scolaire.

Objectif spécifique

• Permettre, à court ou moyen terme, aux stagiaires de participer ou de mettre en place une action d'éducation à la santé dans leur établissement dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc).

Objectifs opérationnels

- Faire émerger les attentes, les besoins et les représentations des stagiaires en éducation à la santé ;
- Échanger et construire de nouvelles connaissances à partir de ses propres connaissances, de sa pratique et de la littérature scientifique (définitions, concepts, méthodologie de projet) ;
- Prendre du recul par rapport à ses connaissances, à sa pratique, à son propre système de représentations (réflexivité) ;
- Accepter de s'impliquer dans un travail de groupe restreint et en plus grand nombre ;
- Connaître le public enfant ou adolescent, et ses besoins en santé ;
- Connaître les missions de chacun, le cadre institutionnel et comprendre les enjeux d'un travail pluri-catégoriel au sein d'un établissement scolaire ;
- Repérer les ressources extérieures ;
- S'approprier des outils.

M. N.

dans la conception même du métier, des tâches et des missions qui lui sont liées. C'est une posture paradoxale qui contribue sans doute à rendre l'exercice professionnel plus délicat.

La demande de formation qui apparaît dans l'étude se situe principalement autour des compétences pédagogiques. Elle traduit clairement une conscience de la particularité du métier et montre que, pour les infirmiers, la dimension pédagogique est essentielle au développement d'une culture commune avec les enseignants. La demande de formation des infirmiers est forte ; elle est significative d'un processus qui vise à ré-interroger et recomposer les cadres de cette identité professionnelle et à initier un travail en partenariat dont l'objectif est la mise en œuvre d'une culture commune en éducation à la santé.

La question de l'adéquation de la formation est alors posée. Son évolution vers la spécificité du champ d'activité et vers un approfondissement des problématiques liées au contexte scolaire s'impose. Elle est la condition du développement d'un nouveau « professionnalisme » et de l'acquisition d'une nouvelle identité professionnelle. Quelles peuvent être alors les contributions spécifiques des infirmiers, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, à la définition et à la mise en œuvre de projets de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de l'école, et dans une perspective d'action communautaire ?

Les enjeux de la formation dans le développement de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé se situe entre pédagogie et didactique, entre sujet et savoir. La construction de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être est un enjeu déterminant. Les infirmiers n'y sont pas formés et ne sont pas les spécialistes des apprentissages. Pour garder leur spécificité d'expert scientifique, il leur faut pouvoir se dégager du « comment faire » et laisser la transposition didactique à ceux dont c'est la tâche. Il leur faut se positionner davantage dans l'expertise et le conseil afin d'amener les équipes pédagogiques à interroger les questions de santé à l'école, la promotion du bien-



être, la dimension éthique de l'action et créer ainsi les conditions d'une articulation entre les savoirs scientifiques, les savoirs « profanes », les désirs des gens, le contexte et les valeurs de santé qu'ils entendent promouvoir.

Éduquer à la santé oblige à un travail partenarial. Ce postulat implique que chaque membre, chaque acteur connaisse et explique aux autres ce qu'est son propre champ de compé-

tences et ce qu'est la limite de ses interventions. Pour autant qu'il y ait connaissance et reconnaissance des spécificités de chacun, la richesse de l'apport du groupe devrait être bénéfique à l'objectif commun de la promotion de la santé à l'école.

Mabrouk Nekaa

Infirmier, conseiller technique,
inspection académique de la Loire,
Saint-Étienne.

► Références bibliographiques

- (1) Jourdan D., Piec I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M.-L., Laquet-Riffaud A., et al. Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, vol. 14, n° 4 : p. 403-423.
En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-4-page403.htm>
- (2) Hausman A. J., Ruzek S. B. Implementation of comprehensive school health education in elementary schools: focus on teacher concerns. *Journal of School Health*, 1995, vol. 65, n° 3 : p. 81-86.
- (3) Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 96*. Paris : La Documentation française, coll. Rapport, 1996 : 252 p.
- (4) Orban M. *Prévention globale des assuétudes, quelle place pour la prévention dans les écoles ? Enquête auprès des enseignants*. Liège : Ceres, Université de Liège, 1993.
- (5) Pommier J. De la médecine à l'éducation pour la santé. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2005, n° 377 : p. 23-25.
- (6) Ministère de l'Éducation nationale. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique. *Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale (BOEN)* du 25 janvier 2001.

Montpellier : les assistants formés à la nutrition dans les écoles maternelles

À Montpellier, les agents spécialisés des écoles maternelles ont été formés, à leur demande, à l'équilibre nutritionnel, dans le cadre d'un programme de prévention de l'obésité infantile. Assistants des enseignants, ils encadrent aussi les repas des enfants à la cantine ; les formations leur permettent notamment d'harmoniser leur mode d'intervention. Ces agents sont des acteurs importants de l'éducation pour la santé à l'école.

Les agents spécialisés des écoles maternelles (Atsem) sont des fonctionnaires territoriaux rattachés à une municipalité, mis à disposition de l'Éducation nationale. Ils créent du lien entre l'école et la collectivité locale de par leur statut mais aussi entre l'école et la famille de par leur fonction. Ainsi, sur le temps scolaire et sous la responsabilité du directeur de l'école, assistantes du professeur, elles sont exécutantes de tâches annexes à l'enseignement (préparation matérielle des activités, entretien des locaux, hygiène des enfants, etc.). Sur les temps périscolaires (à l'accueil avant la classe ou durant la pause méridienne avec l'encadrement du repas des enfants au restaurant scolaire, etc.), sous la responsabilité de l'élu municipal, elles se retrouvent en pleine responsabilité et fonction éducatives. Ainsi, à travers leurs diverses attributions, elles jouent un rôle essentiel auprès de l'enfant et dans le fonctionnement de l'organisation-école.

En effet, ces agents de liaison jouant sur divers tableaux (techniques, relationnels, affectifs, socioéducatifs, etc.) assurent la continuité des différents temps et activités du petit écolier dans le cursus de sa journée hors de sa famille. Éléments importants de la vie de l'école, la particularité de leur statut rend pourtant difficile, pour le public comme pour l'équipe éducative, leur identification professionnelle et la (re) connaissance de leur(s) champ(s) de compétence(s).

Prévention de l'obésité infantile

Nombre de ces agents ont parfois à souffrir de cette dichotomie. Aussi, à leur demande, dans le cadre d'un programme partenarial d'éducation à la santé en milieu scolaire sur le thème de la prévention de l'obésité infantile, la Ville de Montpellier et ses partenaires issus de trois collectivités et institutions différentes¹ ont initié et animé en collègue des sessions d'« in-form-action » à leur intention. L'objectif étant de partager (formés/formateurs et formateurs/formateurs) une base théorique concernant le projet éducatif (ici l'alimentation à l'école) comme de réfléchir aux pratiques de chacun en échangeant sur le rôle et la place des divers intervenants de l'équipe éducative et sanitaire.

Ces sessions visent chez les participants l'amélioration de connaissances par rapport à l'épidémiologie de l'obésité, aux principes diététiques et aux déterminants psychosociaux des comportements nutritionnels des enfants. Sont développées également des compétences quant à la posture éducative à adopter en présence d'enfants lors des différentes prises alimentaires collectives.

Chaque session réunit une trentaine d'agents (à leur demande, le choix a été de faire une formation spécifique à leur intention en l'absence de tout autre catégorie de personnels). Elle se déroule en trois temps sur une matinée. Les partenaires porteurs du projet se répartissent les interventions en fonc-

tion de leurs compétences légitimes : médecins de PMI sur la santé et développement de l'enfant ; diététicienne de la Ville sur la qualité et l'équilibre alimentaires ; enseignant éducateur à la santé de l'Éducation nationale sur les articulations méthodologiques.

Les sessions de formation étaient construites en trois temps, le premier avec des apports théoriques de connaissances sur la thématique alimentation et santé ; le deuxième avec des tables rondes, des échanges sur la question de la place de l'aliment à l'école, des réflexions sur l'identité, les missions et les pratiques professionnelles des agents ; enfin, le troisième temps avec une plénière permet une synthèse des discussions et la rédaction de propositions d'amélioration des organisations.

Éléments d'évaluation

Deux campagnes de sensibilisation ont été organisées concernant quatre-vingt-quatre agents lors de trois sessions en 2004 et cent neuf agents lors de quatre sessions en 2008. Les agents ont trouvé un grand intérêt aux informations apportées lors de ces formations et ont apprécié l'interactivité avec l'équipe de formateurs et les échanges avec leurs pairs. Ils ont le sentiment d'avoir acquis des connaissances sur le thème et développé des compétences qu'ils aimeraient que les parents et les enseignants puissent leur reconnaître et partager avec eux.

Ces sessions ont permis à tous les participants, et pas uniquement aux Atsem, de faire le point sur nombre d'idées reçues concernant les principes diététiques et nutritionnels de base pour une alimentation cohérente. Ils ont, par ailleurs, pu discuter des enjeux éducatifs sur le plan psychologique et social de l'acte alimentaire en collectivité, et mettre en perspective leur action auprès de l'élève avec une approche globale du développement harmonieux de l'enfant. Dans leur pratique professionnelle sont pointées, d'une part, des difficultés organisationnelles techniques autour de l'organisation de la cantine principalement et, d'autre part, des divergences de points de vue éducatif entre l'Atsem et « son » enseignant (par exemple, concernant la mise en évidence des différentes prises alimentaires de l'enfant au cours de sa journée, question des collations, goûters, etc.) mais aussi avec certains parents (attitude à observer face à l'enfant qui mange trop ou trop peu à la cantine, composition des goûters, etc.). Si les Atsem ont apprécié de se retrouver entre elles pour échanger librement, elles souhaiteraient que les enseignants et les parents puissent bénéficier de ce type d'information.

Gênées pour certaines par l'écrit, elles ont apprécié l'accompagnement proposé pour la rédaction des doléances et des propositions aux élus et administrateurs référents.

Amélioration des compétences

De cette expérience, on retient l'amélioration des compétences relevant du savoir-être de ces acteurs essentiels de l'éducation pour la santé à l'école : l'impact positif sur leur propre estime et, par là, le désir d'affirmation de leur positionnement professionnel dans l'équipe éducative et auprès des parents. En identifiant et en s'adressant à des acteurs clés, ces formations partenariales contribuent à « *poser les jalons d'un contrat de collaboration guidé par la signification donnée à l'action et précisé comme un espace de construction de valeurs et de codes communs* »². Cette aventure collégiale a permis de développer chez les trois co-porteurs du projet, issus de trois corps différents, dans un milieu complexe, une culture commune et une « connivence » positive au service du projet sur un territoire de compétences partagées. En cela, elle contribue à apporter un supplément de



cohérence à l'entreprise collective d'éducation pour la santé à l'école.

Ainsi verra-t-on les équipes d'Atsem, sur la base de leur discussion actée par un écrit collectif, adopter des attitudes et des comportements harmonisés dans leur relation à l'enfant, à l'enseignant et à la famille concernant la qualité des différentes prises alimentaires à l'école. Cette cohésion a permis de mieux poser, notamment lors des conseils d'école, un règlement et des chartes de bonne conduite collective pour mettre en pertinence l'action des familles et celle de l'institution. Le prochain niveau d'intervention serait de mieux impliquer dans ce projet la médecine de ville pour enrichir l'environnement de l'enfant de ressources en capacité de l'accompagner dans son développement. Enfin, la mise en place des agences régionales de santé donnera certainement à ce type d'initiatives une audience susceptible d'élargir la

réflexion autour de la question de l'alimentation de l'enfant en associant d'autres champs de compétences.

Jean-Christophe Azorin

Enseignant, responsable du centre ressources éducation à la santé de l'inspection académique de l'Hérault, Montpellier.

1. Diététicienne de la Ville de Montpellier, médecins PMI de l'Hérault, enseignant-éducateur pour la santé de l'inspection académique de l'Hérault.

2. Méryni C. Le partenariat en formation. De la modélisation à une application. Paris : L'Harmattan, 1999 : 224 p.

Voir aussi

Azorin J.-C., Le Gonidec D., Ouldboukhitine L., Vaublare L., Foulquier-Gazagnes D. Former le personnel des écoles maternelles à l'équilibre alimentaire. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2008, n° 398 : p.8.

Promouvoir la santé en milieu scolaire : les compétences des associations spécialisées

La pertinence des partenariats noués entre acteurs de l'École et acteurs de l'éducation pour la santé peut se mesurer à l'aune du respect de deux principes : l'inscription des interventions des conseillers méthodologiques en éducation pour la santé dans une logique de transfert de compétences (sous forme de savoirs, savoir-faire, savoir-être) aux professionnels de l'éducation ; le positionnement de l'éducateur pour la santé comme un « tiers » et l'action d'éducation pour la santé comme un « espace tiers » dans les lieux scolaires.

L'idée que la santé ne s'enseigne pas comme les mathématiques a fait son chemin au sein des équipes pédagogiques. Mais en prenant conscience des particularités de la démarche éducative en santé et des conséquences, sur le plan méthodologique, de son inscription dans une approche positive et globale de promotion de la santé – qui suppose d'agir sur les déterminants de la santé dans un objectif de réduction des inégalités sociales – ces équipes ont aussi réalisé à quel point les compétences à mobiliser étaient spécifiques, parfois éloignées de leurs pratiques habituelles et souvent difficiles à mettre en œuvre dans leur contexte professionnel.

Dans le même temps, les professionnels de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé ont accru leur niveau de qualification et développé des aptitudes de plus en plus pointues¹. Aujourd'hui, il semble utile de faire le point sur les compétences que ces professionnels peuvent mettre à la disposition des équipes pédagogiques des établissements scolaires, quel que soit leur niveau.

Des compétences déclinées en savoirs, savoir-faire, savoir-être

Les compétences des professionnels de l'éducation pour la santé sont détaillées dans plusieurs rapports publiés en France ou à l'étranger. Aux États-Unis notamment, où plus de soixante mille professionnels se réclament de l'éducation pour la santé, la

Coalition des organisations nationales de l'éducation pour la santé (CNHEO²), en association avec la Société de l'éducation pour la santé publique (SOPHE³), l'Association américaine pour l'éducation pour la santé (AAHE⁴) et la Commission nationale de l'accréditation en éducation pour la santé (NCHEC⁵), publie régulièrement les résultats d'une analyse du métier d'éducateur pour la santé (HEJA⁶), où figurent également les enjeux émergents du développement de la profession. De même, en France, la Fédération nationale de l'éducation et la promotion de la santé (Fnes) a produit, en avril 2009, un rapport d'étude détaillant les compétences mobilisées par les domaines d'activité des éducateurs pour la santé – rebaptisés, au passage, ingénieurs-conseil en éducation pour la santé.

Les professionnels de l'éducation pour la santé ont pour habitude de classer les compétences en savoirs, savoir-faire et savoir-être. C'est cette classification qui est reprise ici pour exposer les apports possibles des conseillers méthodologiques en éducation pour la santé à leurs partenaires du milieu scolaire. Ces apports sont considérés sous l'angle d'une complémentarité avec les compétences spécifiques des équipes pédagogiques, compétences que ces équipes mobilisent d'ores et déjà dans la conception et la mise en œuvre de projets d'éducation à la santé destinés aux élèves. Ils sont fournis dans le cadre de relations d'écoute et de soutien propices

à une adaptation maximale aux besoins ressentis et exprimés par les communautés éducatives. Ces apports peuvent ainsi prendre la forme de conseil ou d'accompagnement méthodologique de projets, ainsi que de formations ou d'analyses de pratiques.

Les savoirs des conseillers méthodologiques utiles aux professionnels du milieu scolaire

L'école n'est ni une institution isolée des autres institutions qui composent la société, ni un sanctuaire protégé des grands enjeux ou problèmes qui la traversent. Mais le monde de l'éducation et celui de la santé publique présentent des spécificités qui rendent parfois difficiles l'investissement des établissements scolaires dans des actions de promotion de la santé.

À l'appui de cet investissement, les professionnels de l'éducation pour la santé peuvent apporter leurs connaissances :

- des politiques, institutions, instances et dispositifs de santé publique, dont le fonctionnement et les rouages impactent la faisabilité et le financement des actions menées en milieu scolaire ;
- des priorités nationales et locales de santé publique, basées sur des données épidémiologiques, dans lesquelles il est préférable que s'inscrivent ces actions ;
- des déterminants individuels, sociaux, économiques et environnementaux des comportements de santé, sur lesquels ces actions vont chercher à agir ;

- des développements les plus récents des sciences humaines et sociales concernant les processus de changement, les motivations individuelles et collectives des comportements de santé, les fondements théoriques des méthodes participatives, etc. ;
- des référentiels de bonnes pratiques et des recommandations nationales et internationales visant la mise en œuvre d'actions efficaces.

En termes de savoirs, la CNHEO met également l'accent sur la connaissance des standards éthiques des actions d'éducation pour la santé.

Les savoir-faire à mobiliser

Mettre en place des actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire nécessite de pouvoir :

- recueillir et analyser les besoins de santé objectifs et subjectifs des professionnels de l'école et des élèves, mais aussi du territoire où s'inscrit l'établissement ;
- aborder ces besoins de santé de manière à ne pas accroître les inégalités de santé au sein de l'établissement, ou mieux encore de manière à lutter contre ces inégalités ;
- proposer des stratégies d'intervention adaptées au contexte externe et interne de l'établissement ;
- dénicher les subventions qui vont rendre matériellement possible la mise en œuvre de ces stratégies ;
- concevoir, mettre en place et évaluer les actions d'éducation pour la santé dans le cadre d'instances de régulation, de partenariat et de concertation dont le travail est planifié et coordonné ;
- identifier et utiliser les techniques d'animation, outils pédagogiques et supports d'intervention favorisant l'implication active des participants à l'action d'éducation pour la santé.

En termes de savoir-faire, la CNHEO insiste particulièrement sur la capacité des éducateurs pour la santé à manipuler des thèmes de santé et des contenus sujets à polémiques ou à controverses.

Répondre aux questions éthiques posées par les actions d'éducation pour la santé : quels savoir-être ?

Ces compétences relèvent d'abord de choix éthiques : rejet des approches stigmatisantes, suscitant la honte, la culpabilité ou la peur ; au contraire, choix de méthodes favorisant (1) :

- sur le plan relationnel, la chaleur des



contacts interpersonnels, le respect entre les personnes, l'assurance du soutien d'autrui ;

- sur le plan éducatif, la clarification du sens de l'action menée, ainsi que la réussite et le bien-être de chacun dans les activités proposées ;
- sur le plan de la sécurité, le développement d'un sentiment de confiance mutuelle, ainsi que l'engagement concernant le déroulement et les suites de l'action ;
- sur le plan de la justice, le respect de règles d'équité ;
- sur le plan du lien, le développement d'un sentiment de fierté à être partie prenante de l'action menée.

Elles relèvent également d'une posture éducative de respect et d'ouverture, basée sur une écoute empathique favorisant la valorisation et l'estime de soi, la prise de parole et le partage du pouvoir entre les différents protagonistes. Elles relèvent, enfin, de la lucidité quant au champ couvert par l'action menée...

L'éducation pour la santé comme « espace tiers »⁷

La représentation de l'acteur d'éducation pour la santé comme un « tiers » « sans pouvoir, neutre, impartial et indépendant » (2), entre les institutions de santé publique et l'École, entre les composantes administratives et pédagogiques des établissements, entre les enseignants et les élèves, entre les équipes pédagogiques et les familles, et finalement entre tous ceux-ci et la promotion de la santé à l'école, apparaît riche de sens et prometteuse en termes d'explicitation des enjeux, de résolution de problèmes, de changement de regard sur les questions soulevées, d'établisse-

ment de liens nouveaux. Basé sur « *la communication, l'intuition et l'imagination* » (2), le travail de l'éducateur pour la santé propose aux acteurs de l'École une recomposition de leurs relations avec l'intérieur et l'extérieur de leur lieu de travail qui est aussi et avant tout un lieu de vie pour les enfants et les adolescents qui y sont accueillis.

Christine Ferron

Psychologue, directrice de l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne, Rennes,

Valérie Lemonnier

Conseiller méthodologique, comité départemental d'éducation pour la santé d'Ille-et-Vilaine, Rennes.

1. Cette tendance se renforce grâce aux activités menées par les Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et à l'engagement d'une partie importante des acteurs de l'éducation pour la santé dans des démarches qualité et des procédures d'auto-évaluation.

2. Coalition of National Health Education Organizations.

3. Society for Public Health Education.

4. American Association for Health Education.

5. National Commission for Health Education Credentialing.

6. Health Educator Job Analysis Study Overview.

7. De Brier F. <http://www.mediation-scolaire.be>

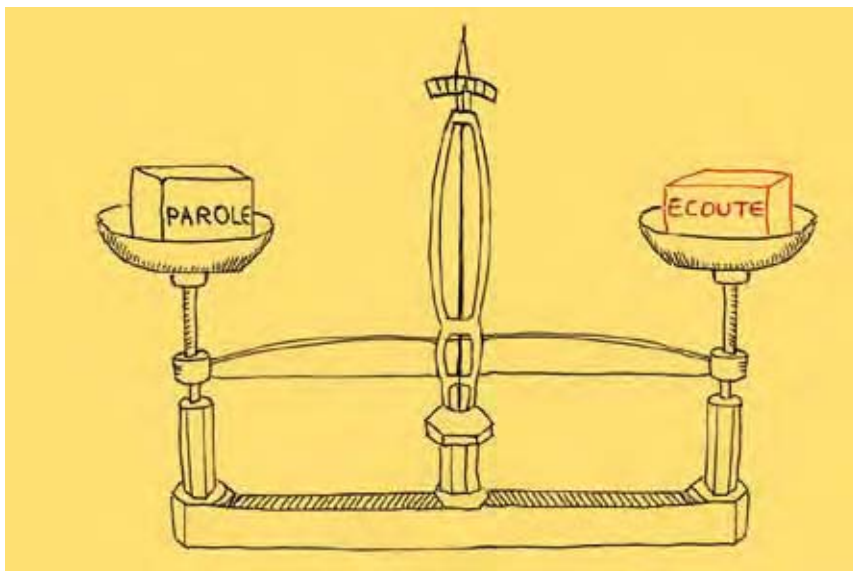
► Références bibliographiques

(1) Janosz M., Georges P., Parent S. L'environnement socio-éducatif à l'école secondaire : un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 1998 ; 27(2) : p. 285-306.

(2) Guillaume-Hofnung M. *La médiation*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, n° 2930, 2009 (5^e éd.) : 128 p.

Intervenants municipaux : un lien Ville-École pour promouvoir la santé des jeunes

Quelles sont les compétences du personnel des collectivités locales en matière d'éducation pour la santé ? Quels sont leurs liens avec le milieu scolaire ? Exemple avec la ville d'Aubervilliers en Seine-Saint-Denis, dont les agents interviennent dans les collèges et lycées professionnels sur trois thèmes : bien-être, toxicomanies, sexualité et VIH. Pour Luc Ginot et Bobeker Brahim, ce partenariat Ville-École est fondamental.



Pour les collectivités locales, la notion de compétences se rapporte bien sûr aux savoirs des professionnels mobilisés mais elle s'entend aussi dans un sens plus institutionnel, celui du champ de compétences. Est-ce une simple ambivalence sémantique ?

Commençons par préciser ce que n'est pas l'intervention de professionnels municipaux en promotion de la santé dans les collèges. Ce n'est pas une « bouffée d'oxygène » pour les élèves, encore moins pour les enseignants. Ce n'est pas l'intervention de « spécialistes » (de la sexualité, de la toxicomanie, de la nutrition, etc.). Ce n'est pas non plus celle de professionnels « sachant parler aux jeunes », pas plus en tout cas que lorsque l'institution scolaire elle-même – corps enseignant ou médico-social – pratique

la promotion de la santé. Fonder la légitimité des intervenants municipaux en collèges sur l'une de ces postures éloignerait *de facto* et d'emblée les intervenants scolaires des élèves. Or, l'un des enjeux de l'intervention partenariale en promotion de la santé est, paradoxalement, la réappropriation de l'École elle-même par le collégien, à travers la reconnaissance des enjeux liés à sa santé.

Alors, que peut apporter le partenariat entre collège et intervenants municipaux spécialisés en promotion de la santé ? À Aubervilliers, ces professionnels interviennent depuis plus de dix ans dans les collèges *via* trois grands programmes (voir encadré page 35). Au vu de cette expérience, discutons trois points essentiels à nos yeux.

Les trois clés d'un partenariat Ville-École

- *C'est par le partenariat que le territoire prend place dans la stratégie de promotion de la santé du collégien.* Nos intervenants (chargés de mission ou médecins) sont présents sur des équipements de proximité dédiés à la santé ; ils « font réseau » et « font écho » avec les équipements « santé jeunes » locaux (point d'écoute, équipement de santé communautaire), mais aussi avec les autres acteurs (centre municipal de santé, planification familiale, etc.). Dans leur intervention, ils s'efforcent à la fois de fournir l'information (sur le VIH, le bien-être, la sexualité, etc.), mais aussi les clés locales d'usage de cette information (les consultations disponibles, l'accessibilité en transports, etc.). Sur-tout, ils sont repérables et repérés hors de l'école, inscrits dans un contexte urbain qui est celui de la commune. Cette commune, à la fois territoire et communauté, constitue un élément d'identification fort pour les jeunes défavorisés. Cela rend plus aisée, par exemple, l'interpellation de l'adulte relais par le jeune qui retrouve, hors de l'école mais dans un territoire lui étant familier, l'intervenant qu'il a rencontré au collège. Ainsi, l'ancrage territorial nous semble faciliter la concrétisation des stratégies de prévention proposées lors de l'intervention en classe.

- *C'est par le partenariat que le milieu social du collégien est intégré dans la stratégie de promotion de la santé.* Les mêmes intervenants municipaux

paux connaissent, et reconnaissent, les caractéristiques sociales des collégiens. Ils doivent en connaître et identifier les contraintes (parler sommeil de l'enfant ou télévision du soir dans le contexte de logements surpeuplés, parler bien-être psychique ou nutrition quand nombre de familles sont confrontées à la pauvreté, etc.). Ils doivent, par le discours porté (la méthode pédagogique en elle-même est interactive mais cela ne devrait rien avoir de spécifique), témoigner auprès des enfants que ces contraintes sont comprises, entendues : ce n'est pas uniquement un enjeu d'adaptation du discours ; c'est un enjeu de reconnaissance de ce qu'est l'enfant, de ce qu'il vit.

• *Le partenariat municipal doit être porteur d'une forme de cohérence temporelle.* Entendons par là que l'ensemble des générations successives, des quartiers différents, des garçons et des filles, bénéficient d'une même intervention – évolutive mais cohérente d'une année sur l'autre, symbolisée par des outils pédagogiques communs (livret d'adresses, guides, etc.). Ainsi se constituent, à partir de l'école, des jalons pour une culture commune en

matière de prévention, partagée d'un quartier à l'autre, d'un groupe à l'autre, d'un enfant de la famille au suivant. Cette culture commune est fondamentale pour des questions comme les toxicomanies ou la sexualité. Elle facilite l'action publique contre les attitudes de stigmatisation, de banalisation, ou celles d'homophobie ou d'exclusion.

Ainsi, les intervenants municipaux doivent déployer des compétences complexes : bien sûr, ils sont attendus par les collégiens et les enseignants sur le terrain de la pédagogie et sur une forme d'expertise technique – sans lesquelles leur action n'a pas de sens. Mais, au-delà, ils doivent s'afficher comme des éléments d'ancrage, de concrétisation. C'est en cela que leur compétence rejoint la compétence de l'institution, entendue comme la nécessaire implication municipale dans la promotion de la santé.

« Porter la parole du jeune »

L'intervention partenariale en milieu scolaire doit, on l'a dit, tendre aussi à améliorer l'appropriation du collège par le jeune ; elle ne peut en aucun cas contribuer à éloigner davantage les enfants en difficulté d'un parcours éducatif qu'ils

ressentent, souvent, comme les rejetant. Or, dans le cadre des interventions, notamment lorsqu'elles portent sur les questions de violence, de santé psychique, de bien-être, les jeunes sont amenés à exprimer leurs propres souffrances vis-à-vis de cette institution. Ils le sont aussi, au Point d'écoute par exemple, à l'occasion d'événements tels que les conseils de discipline ou les conseils de classe avec orientation. Comment entendre et faire entendre, porter la parole du jeune ? L'un des points les plus sensibles de la compétence que réclame une intervention en milieu scolaire est cet enjeu précis et délicat à tenir : permettre à l'institution scolaire de prendre mieux conscience de ce qu'elle génère, et permettre au jeune de revendiquer sa place dans l'institution.

Plusieurs points doivent être affrontés. D'une part, quelles que soient la motivation et l'implication des personnels, chacun connaît le manque de moyens des services de santé scolaire. Dans des territoires comme la Seine-Saint-Denis, ce manque de moyens est parfois dramatique. Ainsi, à Aubervilliers, un poste et demi de médecins est pourvu sur cinq théoriques. Le maillage territorial trouve donc difficilement un pendant dans l'institution – en particulier du point de vue médical. S'imaginer que les intervenants municipaux peuvent remplacer la présence quotidienne des médecins et des infirmières du service de santé scolaire serait un leurre de taille. D'autre part, la question de l'alliance avec les enseignants reste à approfondir. En particulier, comment aborder la promotion de la santé à partir des champs disciplinaires (français, histoire, maths, langues, etc.) autres que les classiques sciences de la vie et de la terre ? Des stratégies qui ont fait leurs preuves hors milieu scolaire (le travail sur la violence à partir de textes littéraires ou d'œuvres plastiques par exemple) ne trouvent actuellement pas leur place dans les interventions au collège. Sans doute un travail parallèle de soutien aux enseignants permettrait d'aller plus avant dans cette direction.

Luc Ginot

Médecin de santé publique, directeur,

Bobeker Brahimi

Coordinateur du secteur santé-jeunes, service communal d'hygiène et de santé, Aubervilliers.

Les interventions municipales en promotion de la santé dans les collèges d'Aubervilliers

Trois grands programmes sont menés dans les collèges. Ces programmes sont mis en œuvre depuis dix à quinze ans et touchent la quasi-totalité des classes des collèges publics, ainsi que pour l'un d'entre eux, des lycées d'enseignement professionnel. Pour ces trois programmes, les intervenants sont des intervenants santé-jeunes municipaux (chargés de mission ou médecins). La territorialisation des actions conduit à ce que les professionnels des équipements « santé-jeunes » des quartiers (points d'écoute, équipements de santé communautaire lorsqu'il en existe) interviennent dans le collège limitrophe. Ils mobilisent, chaque fois que possible, d'autres professionnels du quartier comme les éducateurs de rue, par exemple. Ces intervenants mettent en œuvre des projets sur les mêmes thèmes dans les équipements jeunesse de la ville, notamment en été.

En classes de 6^e, une intervention de trois heures (une heure de petit déjeuner, puis deux heures de débat autour d'une exposition polyvalente) aborde la question du bien-être en général. Cette intervention avait historiquement un objet central : permettre aux enfants arrivant en 6^e de repérer des adultes-soutien en cas de souffrance, de mal-être, de difficultés. Il s'agissait aussi d'engager le repérage des adultes-relais en matière de santé au sens plus général. Depuis quelques années, l'intervention aborde aussi les questions de sommeil et de nutrition.

En classes de 4^e, l'action porte sur les toxicomanies, les addictions et les conduites à risque. Sachant que les élèves sont ou seront confrontés à la présence de produits, l'objectif est de les préparer à cette confrontation, autour de deux axes : la nécessité de s'informer et la possibilité de parler à des adultes.

En classes de 3^e et de LEP, le programme porte sur la sexualité et le VIH. La stratégie d'intervention porte moins sur l'acquisition de connaissances que sur les représentations. Un point important est celui des discriminations, de l'homophobie, du respect de soi et des autres, de ce qu'apporte la loi. L'intervention est conçue comme complémentaire de celle menée dans certaines classes par les équipes du Planning familial.

L. G.

Pour en savoir plus

Le dossier du n° 380 de *La Santé de l'homme* de novembre-décembre 2005 était consacré à la santé à l'école. La rubrique « Pour en savoir plus » de ce dossier signalait des références de documents autour de l'éducation pour la santé en milieu scolaire. On s'y reportera avec profit. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/psp/380.htm>
Pour ce nouveau dossier, la recherche documentaire a été orientée sur la question des compétences nécessaires en éducation pour la santé en milieu scolaire et sur la formation des professionnels. Quelques titres de revues françaises susceptibles de publier des articles sur ces thématiques complètent la sélection bibliographique. Les adresses des sites Internet ont été consultées le 25/03/2010.

► Les compétences et les conditions d'exercice

- Berger D., Jourdan D. Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé. *La santé de l'homme*, mai-juin 2005, n° 377 : p. 33-38.
- Berger D., Pizon F., Bencharif L., Jourdan D. Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé. *Didaskalia*, 2009, n° 34 : p. 35-66, 165-166, 168-169, 171.
- Feyfant A. Transformation du travail enseignant : finalités, compétences et identités professionnelles [synthèse]. *Lettre d'information de la VST*, avril 2007, n° 26 : p. 1-11. En ligne : <http://www.inrp.fr/vst/LettreVST/pdf/avril2007.pdf>
- Maroy C. Les évolutions du travail enseignant en France et en Europe : facteurs de changement, incidences et résistances dans l'enseignement secondaire [note de synthèse]. *Revue française de pédagogie*, avril-mai-juin 2006, n° 155 : p. 111-142.
- Martinet A. Le référentiel de compétences professionnelles de la profession enseignante. In : Martinet A. *La formation à l'enseignement : les orientations et les compétences professionnelles*. Québec : ministère de l'Éducation, 2001 : p. 59-159. En ligne : http://www.mels.gouv.qc.ca/DFTPS/interieur/PDF/formation_ens.pdf
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Socle



commun de connaissances et de compétences. Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006. *Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche*, 20 juillet 2006, n° 29 : p. 1-15. En ligne : <ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/bo/2006/29/encart29.pdf>

- Pizon F., Jourdan D. Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale*, 2009, n° 43 : p. 171-189.

► La formation des professionnels

- Berger D., Nekaa M., Courty P. Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé. *Santé Publique*, 2009, vol. 21, n° 6 : p. 641-657.
- Berger D., Jourdan D. dir. *Éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM?* Colloque organisé par la Mutuelle générale de l'Éducation nationale, Paris, 10-11/05/2006. Toulouse : éditions universitaires du Sud, coll. École & santé, 2007 : 346 p.
- Berger D., Leselbaum N., Motta D., de Peretti C., et al. Éducation à la santé : rôle et formation des personnels d'éducation [dossier]. *Recherche et formation*, 1998, n° 28 : p. 5-138. En ligne : <http://www.inrp.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR028.pdf>
- Jourdan D. *Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants?* Saint-Denis : INPES, coll. La Santé en action, 2010 : 162 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1272.pdf>
- Jourdan D. Éduquer à la santé, éduquer pour la santé : quels enjeux pour la formation des enseignants ? *Questions vives*, 2004, vol. 3, n° 5 : p. 81-96.
- Lorto V., Moquet M.-J. dir. *Formation en éducation pour la santé : repères méthodologiques*



et pratiques. Saint-Denis : INPES, coll. La Santé en action, 2009 : 96 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1263.pdf>

- Pizon F., Jourdan D. Quelle formation en éducation pour la santé pour les enseignants ? *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2005, n° 380 : p. 25-27.

► Les revues

- **Les revues de l'Institut national de recherche pédagogique (INRP)**
En ligne : <http://www.inrp.fr/editions/revues>
En particulier, la *Revue française de pédagogie et Recherche et formation*.
- **Cahiers pédagogiques**
Revue du Cercle de recherche et d'action pédagogique.
- **Questions vives**
Revue éditée par le département des sciences de l'éducation de l'université de Aix-Marseille I. En ligne : <http://questionsvives.sp.educaix.com/index.html>
- **Travail et formation en éducation**
Revue interdisciplinaire consacrée à l'étude des activités humaines en éducation et formation éditée par l'Unité mixte de recherche - apprentissage, didactique, évaluation, formation (université de Provence). Cette revue va consacrer prochainement un numéro à l'éducation à la santé. En ligne : <http://www.revues.org/2983>

Olivier Delmer
Documentaliste,

Centre de documentation de l'INPES.

Promotion de la santé : un guide pour améliorer la qualité des actions

Plus de 3 500 associations en France travaillent en promotion de la santé auprès des populations, avec le soutien financier de l'État et des collectivités. En partenariat avec neuf d'entre elles, l'INPES a publié fin 2009 un guide pour conduire une « démarche qualité », destiné à l'ensemble du tissu associatif. À ce jour, une dizaine de régions ont mis en place des ateliers découverte et des formations à l'utilisation de ce guide. D'ici fin 2010, des formateurs seront opérationnels sur l'ensemble du territoire pour accompagner l'appropriation de ce guide par ses utilisateurs. Présentation en cinq questions-réponses.

1. Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé : de quoi s'agit-il ?

La qualité est un terme consensuel, qui peut cependant recouper des réalités fort différentes selon que l'on se place du point de vue des intervenants, des populations ou des financeurs. En promotion de la santé, on peut la définir comme l'ensemble des caractéristiques liées à une action qui permettent de construire la meilleure réponse possible aux besoins de santé des populations. En pratique, il s'agit de travailler sur le « comment ça marche » plutôt que de se focaliser sur ce qui marche, autrement dit sur l'efficacité¹.

La démarche qualité a alors pour objectif principal l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les projets. Elle contribue à l'amélioration des actions, la cohésion et la dynamique interne de l'association, ainsi qu'au renforcement des capacités de négociation et de plaider auprès des différents partenaires. Lorsqu'elle procède d'une démarche volontaire qui mobilise l'ensemble de l'association (salariés, bénévoles, administrateurs), elle permet de mettre la qualité au cœur des principes d'organisation d'une activité ou d'une structure et des préoccupations des acteurs. En cela, elle contribue à renforcer la confiance entre associations, bénéficiaires des actions et institutions qui les soutiennent.

2. Sur quels outils s'appuyer pour mettre en place une démarche qualité ?

Si la recherche de la qualité est largement partagée par l'ensemble des acteurs en promotion de la santé, elle reste souvent informelle ou au niveau des bonnes intentions, alors que s'inscrire dans une démarche qualité nécessite de s'appuyer sur des méthodes structurées et des outils communs. Les acteurs de la promotion de la santé disposent déjà de différents outils. Par exemple, *Preffi*² est plutôt utilisé en France comme une *check-list* dans la phase de préparation d'un projet. Citons également l'outil de catégorisation des résultats³ développé par l'organisme Promotion Santé Suisse, qui s'avère pertinent pour une analyse globale d'une action ou d'un programme. Enfin, le modèle *Precede Proceed*⁴ est une méthode de planification qui contribue à la qualité des processus même s'il ne permet pas une appréciation sur le niveau de qualité. Ces outils de planification et/ou d'évaluation, fort utiles, ne permettent pas d'engager une véritable démarche qualité car ils ne proposent pas d'accompagnement quant à l'amélioration continue de la qualité. De ce constat est apparue la nécessité d'élaborer un outil spécifique sur cet aspect.

Le guide d'autoévaluation *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?*, coordonné par l'INPES, a été publié en novembre 2009. Il est disponible en versions papier et

électronique. Fruit d'une démarche participative impulsée à l'issue des États généraux de la prévention, il a mobilisé neuf associations, identifiées à partir d'un appel public à candidatures mis en ligne sur le site de l'INPES : Ades, AFD, Anitea, Anpa, Crips Ile-de-France, Défi Santé Nutrition, Fnes, Holisme Communication et le Planning familial. Sa conception s'est appuyée tant sur leur expérience de terrain que sur une analyse de la littérature et des outils développés, en France et à l'étranger, dans le champ de la qualité.

3. À qui s'adresse ce guide et que contient-il ?

Ce guide s'adresse aux équipes de terrain qui mènent des actions en promotion de la santé : des actions individuelles ou collectives auprès de divers publics, des fonctions supports (formation, conseil méthodologique, appui documentaire), des missions relatives à l'expression et à la représentation des populations concernées, etc.

Il a pour fondement l'autoévaluation volontaire d'une action, ou d'un type d'actions, choisie par l'association. Au-delà des aspects méthodologiques inhérents aux interventions en promotion de la santé, ce guide accorde une place centrale aux valeurs qui fondent l'action associative et la promotion de la santé. Ainsi, cinq grilles permettent de s'inter-



roger sur un thème précis : l'association offre-t-elle un cadre favorable au développement d'actions de qualité en promotion de la santé ? L'action s'inscrit-elle dans une logique de promotion de la santé ? Est-elle basée sur une analyse structurée et formalisée de la situation globale ? Est-elle planifiée sur la base d'un ensemble cohérent ? Est-elle gérée et animée de manière optimale ?

L'équipe porte alors une appréciation sur chacun des critères des grilles à l'aide d'une échelle -/+/++ et mentionne les données sur lesquelles elle s'est fondée pour définir cette appréciation. Les points forts et les points à améliorer sont ensuite visualisés grâce à un bilan graphique et développés dans un rapport de synthèse. En regard de ce bilan, et pour accompagner la définition des priorités d'amélioration de la qualité à mettre en œuvre, il est également proposé un projet de plan d'actions sous forme de tableau.

4. Comment faciliter l'appropriation du guide par les utilisateurs ?

L'appropriation est notamment facilitée par le respect de certaines valeurs qui sous-tendent le projet, en cohérence avec les principes de promotion de la santé :

- la **participation**, présente tout au long du projet – constitution d'un groupe de travail interassociatif, réalisation d'un pré-test auprès de 40 associations représentatives de la diversité du paysage associatif, mobilisation interassociative pour le déploiement en régions –, renforce la proximité de l'outil avec ses utilisateurs et donc son acceptabilité ;

- le **développement des compétences des professionnels des associations**, à travers la démarche de formation du groupe chargé de rédiger le guide, l'organisation de deux sessions nationales de formateur, en juin et septembre 2010, et de formations de relais en région ;

- l'**équité**, avec comme point de départ l'exigence que ce document soit accessible à toutes les associations, et notamment celles de petite taille, non affiliées à un réseau, et ce, quels que soient la thématique de santé et le champ d'intervention (santé, soin, social, éducation). Ce guide est donc gratuit dans sa version papier et intégralement accessible en ligne. En outre, un réseau d'acteurs spécialement formés est en cours de constitution pour proposer des actions de sensibilisation et d'accompagnement de proximité dans chaque région ;

- la **durabilité**, c'est-à-dire un projet non limité à des actions événementielles ponctuelles mais inscrit dans la durée (cinq ans) qui laisse le temps d'une montée en charge progressive ;

- le **plaidoyer** (« *advocacy* ») : le guide explicite ce qu'est la promotion de la santé et ses principes, ce qui accroît la capacité des associations de faire reconnaître leurs actions dans ce domaine par différents partenaires et financeurs.

5. Quelles sont les perspectives ?

L'objectif général est d'implanter progressivement la démarche qualité dans les associations intervenant en promotion de la santé au cours des cinq prochaines années. Il s'agit d'amener 80 % des réseaux associatifs nationaux et 30 % des associations locales hors réseaux à s'engager dans une démarche

qualité utilisant notamment le guide d'autoévaluation de la qualité.

La dynamique engagée autour de ce guide est en train de s'étendre, comme le confirme la demande soutenue, avec plus de 10 000 guides diffusés en six mois et 7 500 téléchargements opérés par des acteurs diversifiés, associations mais aussi organismes de formation, collectivités locales, services de l'Assurance maladie, etc. Près d'une dizaine de régions ont effectivement mis en place des ateliers découverte ou des formations à destination des futurs utilisateurs et de leurs partenaires.

À l'avenir, il s'agit d'inscrire durablement la « culture qualité » dans les pratiques et, plus structurellement, dans le fonctionnement des organisations concernées par la promotion de la santé.

Emmanuelle Hamel

Chargée d'expertise scientifique, INPES,

Gaëlle Calvez

Chargée d'édition, INPES,

Linda Cambon

Directrice du pôle développement

et expertise à l'instance régionale

d'éducation et de promotion de la santé

(IREPS) de Lorraine,

Jean-Marie Le Gall

Responsable Mire (Methodologie,

innovation, recherche, évaluation),

à l'association Aides.

Démarche qualité en promotion de la santé : expériences françaises et internationales

Près de 300 personnes ont participé à la session « Démarche qualité en promotion de la santé : ouvrir le dialogue à partir d'expériences françaises et internationales », organisée à Paris dans le cadre des Journées de la prévention le 8 avril 2010, en partenariat avec la Fnps et l'UIPES.

Il ressort de cette mise en perspective internationale que la recherche de la qualité articule cinq dimensions : les bonnes pratiques, les données probantes, le développement des compétences des professionnels, l'assurance qualité et l'amélioration de la qualité. Les illustrations apportées par des intervenants venus du Royaume-Uni, de Suisse, du Québec et d'Irlande, sans oublier la France, ont mis en évidence le fait que ces dimensions sont développées et combinées selon des modalités variables, certains pays mettant plus ou moins l'accent sur l'une ou l'autre de ces dimensions. Tous s'accordent cependant pour considérer que l'amélioration de la qualité est indissociable des valeurs et principes fondamentaux de la promotion de la santé et qu'elle comporte un enjeu majeur, celui de (re)donner confiance aux différentes parties prenantes en leur proposant des repères partagés et solides. Sans les enfermer pour autant dans des standards trop rigides.

Pour en savoir plus : compte rendu de la session sur www.inpes.fr puis Journées de la prévention.

1. Deccache A. *Évaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines*. Promotion & Éducation, 1997, n° 4 : p. 10-14.

2. *Preffi 2 est un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé développé par le NIGZ, l'Institut néerlandais pour la promotion de la santé et la prévention des maladies*. Version française téléchargeable sur : www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf

3. Version adaptée pour la France disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=outils_methodo/categorisation/index.htm

4. Pour une courte présentation en français de ce modèle, l'un des plus répandus dans le monde, voir : Bantuelle M., Demeulemester R. *dir. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : INPES, coll. *Référentiels de bonnes pratiques*, 2008 : p. 87.

5. Les données 2007 issues du système d'information des PRSP permettent d'estimer qu'il y a environ 3 500 associations réparties sur le territoire, financées par les GRSP et l'administration centrale pour des actions en santé publique. Parmi celles-ci, on dénombre un peu plus d'une trentaine de réseaux d'envergure nationale ou interrégionale (fédération, union, associations avec plusieurs délégations ou établissements, etc.).

Pour télécharger le guide :

<http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=guide-autoevaluation-qualite/guide.asp>

Champagne-Ardenne : 400 professionnels formés à la prévention de l'alcoolisme

Pour le médecin généraliste, intervenir auprès de ses patients sur l'alcool demeure difficile et tabou, et il n'y est pas toujours préparé. En région Champagne-Ardenne, des médecins sont formés au repérage et à l'intervention brève (RPIB) en alcoologie pour pouvoir former ensuite leurs pairs. À ce jour, quatre cents professionnels dont environ deux cents médecins ont été formés. L'essentiel en cinq points, par Patrick Roua, médecin généraliste qui coordonne cette action.



sonnes en France sont en difficulté avec l'alcool, 60 % d'entre elles ne sont encore que dans le mésusage. Par ailleurs, les études montrent la sous-formation des soignants de premier recours sur ce sujet et nous connaissons bien les spécificités de l'approche formation de ces soignants pour l'expérimenter toute l'année dans les bassins de vie de la région.

Pour rester proches des réalités du terrain, la solution qui nous a paru la plus pertinente était de former à la diffusion du RPIB des professionnels de terrain reconnus par leurs pairs, afin de les aider à changer leur pratique quotidienne. C'est ainsi qu'Addica a mis en place, en partenariat avec l'Anpaa, des sessions de formation de formateurs au RPIB. Deux sessions ont permis de former, dans chacun des quatre départements de la région (Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne), quatre formateurs qui peuvent décliner cette technique d'intervention dans leur bassin de vie.

Comment se déroulent ces formations

Huit médecins généralistes sont formés sur deux jours par deux collègues alcoologues. L'effectif très limité et l'habitude de travailler ensemble au cours des sessions d'échange de pratiques qu'organise régulièrement le réseau Addica ont permis à chacun, dans un premier temps, d'exprimer ses difficultés ou ses réticences à aborder la question de l'alcool avec ses patients, puis

Le réseau de santé Addica a pour objectif l'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes en difficultés avec une addiction et/ou en situation de précarité. Dans ce cadre, il met à disposition des professionnels de santé médico-psycho-sociaux de la région Champagne-Ardenne des outils de travail collaboratifs :

- des sessions de formation et coordination pluriprofessionnelles basées

essentiellement sur des échanges de pratiques ;

- un système d'information avec un dossier patient partagé, créé avec l'accord des patients ;
- des guides de bonnes pratiques et d'aide à la décision.

La gestion du risque alcool fait partie de nos priorités. Selon les données de l'Inserm de 2003, si 5 millions de per-

© Endostock/Fotolia

de clarifier les repères de consommation à moindre risque pour le repérage précoce avant de s'approprier la technique de l'intervention brève.

Lors de la deuxième journée, nous avons profité du concours de comédiens de l'Atelier du Chaudron pour organiser des jeux de rôle à partir de situations cliniques prédéfinies. La qualité des comédiens qui miment parfaitement nos patients en cabinet nous a permis de mettre en application les acquis de la veille, de tester entre nous la technique et de retravailler sur les difficultés à sa mise en place. À ce jour, quatre cents professionnels dont environ deux cents médecins ont été formés.

Au-delà de ces formations, un soutien plus large aux professionnels

Dans le cadre des conduites addictives, le réseau Addica travaille beaucoup sur le risque alcool et s'efforce de diffuser la technique du RPIB dont l'efficacité auprès des patients n'est plus à démontrer (*NDLR : voir l'encadré ci-dessous*). Pour soutenir cette action, une fiche « RPIB » a été mise en place au sein du dossier patient partagé, sur le site www.addica.org ; celle-ci est destinée à recueillir certaines informations telles que le nombre d'unités d'alcool consommées par le patient, afin d'établir un suivi pratique et simple à l'aide d'un graphique qui permet de visualiser cette consommation. Enfin, un guide de « bonne pratique » a été élaboré, reprenant les différentes étapes du RPIB et illustré par un schéma présentant le nombre d'unités d'alcool en fonction des contenants avec un rappel des repères de consommation. L'objectif était de diffuser un support pratique, utilisable en consultation avec le patient. L'intégralité de ce dispositif, reconduit à intervalle régulier, favorise son application par les membres du réseau.

Un choix : former les médecins généralistes qui forment ensuite leurs pairs

Un constat et des objectifs. Le constat : dans toute la région, seuls deux spécialistes avaient été formés lors du programme « Boire moins c'est mieux » (*NDLR : voir encadré*), et la disponibilité des soignants est peu compatible avec les programmes de

formation universitaire. Nos objectifs étaient multiples : rester dans un esprit pratique et confier la formation à des acteurs de terrain, trouver des relais dans les bassins de vie pour assurer une diffusion régionale du RPIB en respectant les dynamiques locales, solliciter certains de nos membres les plus investis pour devenir formateurs et donc acteurs à part entière dans la vie du réseau. Nous connaissons tous les limites de la formation classique « descendante » et nous n'insisterons jamais assez sur l'importance des échanges de pratiques, des rencontres sur un même bassin de vie des professionnels du territoire qui travaillent encore trop souvent les uns à côté des autres en ignorant les compétences locales.

L'avis des professionnels sur la technique

Nous avons réalisé une enquête téléphonique à la suite de l'envoi du guide Addica sur le RPIB auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Champagne-Ardenne. Plutôt qu'une réelle évaluation, il s'agissait de recueillir à travers cinq questions l'avis des professionnels de santé sur le RPIB et sur la portée d'un document envoyé par courrier. Le barrage téléphonique a été un écueil qui ne nous a pas permis d'obtenir suffisamment de réponses de la part des non-membres ; à l'inverse, l'enquête a été très bien accueillie par nos membres qui représentent bien sûr une population très ciblée. Les résultats montrent que la technique est diffusée

de manière un peu hétéroclite au travers de nos formations mais aussi d'articles de presse assez divers, et bien entendu grâce au guide que nous avons diffusé. Elle semble bien adaptée à la pratique de médecine générale puisque certains confrères l'ont intégrée après la lecture du guide ; en revanche, une vraie satisfaction ne transparait que lorsque le RPIB est pratiqué de manière systématique.

Les principaux éléments qui freinent le développement du RPIB en France

S'approprier cette technique oblige les professionnels de santé à un effort gradué : faire tout d'abord le point sur leurs propres représentations, croyances, vécu, car parler d'alcool signifie parler du quotidien de chacun et reste encore souvent un sujet tabou. Les jeux de rôle standardisés sur des situations très réalistes que nous avons introduits dans nos formations permettent de tester la technique, de la rôder et de s'assurer de sa faisabilité. Enfin, comme toute action de prévention, l'efficacité du RPIB justifie une pratique régulière, quotidienne et systématique ; cela oblige donc à un changement des habitudes de travail. Cette conduite du changement de sa pratique nécessite un soutien régulier, un accompagnement que seuls le réseau et sa dynamique peuvent assurer.

Patrick Roua

Médecin généraliste à Taissy (Marne),
président du réseau Addica, Reims.

RPIB : repérer d'abord, proposer un soutien ensuite

Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) sont reconnus comme les mesures ayant le meilleur rapport coût/efficacité dans la lutte contre les problèmes sanitaires liés à la consommation d'alcool. Développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 1980, cette méthode à l'usage des professionnels de santé consiste tout d'abord à évaluer la consommation d'alcool des patients en s'appuyant notamment sur des questionnaires standardisés. Les consommateurs à risques ainsi repérés se voient proposer une intervention brève. Malgré les variantes sur son contenu, sa durée ou les modalités de sa réalisation, toute intervention brève vise en priorité une réduction de la consommation d'alcool – non une abstinence – afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation de dommages liés à cette consommation. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien. En France, le RPIB s'est d'abord développé dans le cadre du programme « Boire moins c'est mieux » à la fin des années 1990, puis une diffusion plus large a démarré en 2006 sous l'égide de la direction générale de la Santé (DGS).

Pour en savoir plus : le site de l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (www.ippsa.asso.fr) propose de nombreuses informations sur le RPIB ainsi que des outils, résultats d'études, etc.

Au Brésil, la promotion de la santé s'organise à l'échelle locale

Depuis 2006, le Brésil s'est doté d'une politique nationale de promotion de la santé. L'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population en tentant d'agir sur les déterminants économiques, sociaux et sanitaires. Le Brésil a ainsi développé un programme « santé de la famille » à l'échelon local, où chaque équipe de professionnels prend en charge un bassin d'environ 5 000 personnes. 30 000 équipes fonctionnent à travers le pays et suivent à ce jour 96,8 millions de Brésiliens sur les 191 millions que compte le pays.



tionnelle avec une diminution significative de la dénutrition et une augmentation du nombre de personnes en surpoids ou obèses. S'ajoute à cela l'augmentation des traumatismes occasionnés par des facteurs externes (violences, accidents, etc.).

L'impact occasionné par le changement du profil de morbidité et de mortalité de la population brésilienne est un défi pour le système de santé publique du Brésil. Cette évolution souligne en particulier la nécessité de développer des actions de promotion de la santé et de prévention de maladies chroniques (1).

La Constitution brésilienne, dans sa révision et actualisation de 1988, a consacré la santé comme un droit de tous et un devoir de l'État, et a instauré le système unique de santé (SUS), lequel vise, au travers de mesures sociales et économiques, la réduction des risques de maladies et garantit l'accès universel et égalitaire aux actions et services pour la promotion, la protection et la récupération de la santé (2).

Les transformations sociales et économiques qui se sont déroulées au Brésil au cours du dernier siècle ont occasionné d'importantes modifications du profil épidémiologique du pays. Ainsi, à partir des années 1960, les maladies non transmissibles ont supplanté les maladies infectieuses et transmissibles comme première cause de mortalité.

Parmi les facteurs qui ont contribué à cette évolution épidémiologique, l'on trouve le processus de transition démographique, avec une chute du taux de fécondité et, par conséquent, de natalité, et une progressive augmentation de la proportion de personnes âgées, ce qui a contribué à l'augmentation des maladies chroniques dégénératives. Autre facteur majeur : la transition nutri-

Le système de santé brésilien est ainsi entièrement disponible et gratuit pour l'ensemble de la population. Le SUS a trois niveaux de gestion : fédéral, états et villes ; il inclut trois niveaux d'assistance pour la population : le primaire, c'est-à-dire le premier niveau d'intervention au plus près de la population : centres de santé et dispensaires ; le secondaire (hôpitaux locaux et

© PocoBW / Fotolia

régionaux ambulatoires spécialisés, polycliniques) ; et le tertiaire (hôpitaux de référence, services de haute complexité).

L'émergence de la promotion de la santé

Dans le contexte brésilien, le champ de l'éducation pour la santé est récent, encore en expansion, porteur pourtant d'un grand potentiel. Le SUS préconise des actions envers prioritairement le niveau primaire d'assistance, faisant de la promotion de la santé l'un des piliers pour la résolution de la plupart des problèmes de santé de la population.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la promotion de la santé comme une stratégie ample d'intervention pour affronter les problèmes sociaux qui ont une incidence sur la santé de la population, visant ainsi la construction collective d'une nouvelle façon de comprendre et d'aborder la santé. De cette façon, la qualité de vie, l'amélioration des conditions de vie et de santé de la population restent l'axe d'orientation majeur (3, 4).

La promotion de la santé nécessite une gestion intersectorielle puisque l'état de santé résulte de déterminants complexes associés aux aspects sociopolitiques, économiques et culturels (5). Le

niveau primaire du SUS, où sont réalisées des actions de proximité, est considéré comme le champ préférentiel pour que le travail intersectoriel soit effectif et pour que se réalisent les changements nécessaires garantissant la qualité de vie de la population. C'est au niveau primaire qui se trouvent les meilleures opportunités pour que l'*empowerment* (développement de la capacité d'agir) des citoyens devienne une réalité (6).

Une politique nationale depuis 2006

Même si le Brésil avait déjà mis en œuvre des programmes et des politiques nationales qui préconisaient des actions de promotion de la santé, c'est en 2006 qu'a été implantée dans le pays la Politique nationale de promotion de la santé (PNPS), ayant pour objectifs la promotion de la qualité de vie, la réduction de la vulnérabilité et des risques liés aux déterminants de santé : modes de vie, conditions de travail, habitation, environnement, éducation, loisirs, culture, accès aux biens et services essentiels (7).

La PNPS est un instrument pour implanter et rendre plus efficaces des actions transversales et intersectorielles instaurant le dialogue et le travail commun entre les divers domaines du secteur sanitaire, les autres secteurs d'inter-

vention relevant des pouvoirs publics (ministère du Travail, de la Justice, des Sports, etc.), le secteur privé non gouvernemental et la société en général. C'est ce dialogue et ce travail commun qui permettent de créer des réseaux de décision reposant sur des compromis et la co-responsabilité, sur la qualité de vie (7). C'est donc à la PNPS de mettre en place et de piloter les actions qui visent l'*empowerment* de la population, de façon à ce qu'elle puisse être partie prenante du processus de transformation de la communauté et de la société.

La PNPS établit ainsi des lignes directrices et des stratégies d'organisation d'actions de promotion de la santé pour les trois niveaux du SUS, autour des grandes lignes directrices suivantes :

- reconnaître dans la promotion de la santé une dimension fondamentale de la recherche d'équité, d'amélioration de la qualité de vie et de santé ;
- stimuler les actions intersectorielles, en mettant en place des partenariats qui favorisent le développement d'actions de promotion de la santé ;
- rendre plus importante la participation sociale comme élément fondamental pour obtenir des résultats –équité et *empowerment* individuel et communautaire – en matière de promotion de la santé ;
- promouvoir le changement dans la culture organisationnelle, en particulier en établissant des réseaux de coopération intersectoriels ;
- stimuler la recherche en promotion de la santé, en évaluant, entre autres, l'efficacité des actions mises en œuvre ;
- informer les professionnels de santé, les gestionnaires et les usagers du SUS sur les actions et interventions de promotion de la santé mises en œuvre, en prenant en considération la méthodologie participative et le savoir populaire et traditionnel (7).

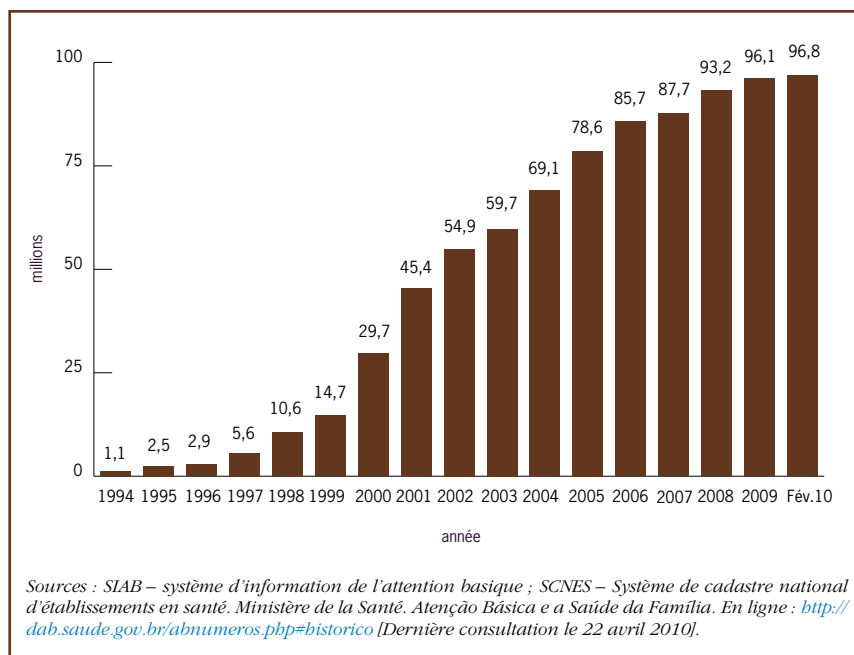
Exemples de programmes

Le ministère brésilien de la santé met en œuvre plusieurs programmes et actions ayant pour finalité de promouvoir la santé au plus près de la population et d'apporter aux professionnels les compétences nécessaires pour une meilleure efficacité. En voici deux exemples :

Programme « Santé de la famille »

Le programme « Santé de la famille » (PSF) est implanté au niveau local et

Figure 1. Population couverte par le programme « Santé de la famille » implanté au Brésil. Évolution de 1994 à février 2010.



piloté par des équipes pluridisciplinaires composées d'au moins un médecin généraliste ou un médecin de la famille, un infirmier, un auxiliaire d'infirmier et des agents communautaires de santé (8).

Chaque équipe doit identifier la situation de santé des familles dont il est responsable : caractéristiques sociales, démographiques et épidémiologiques, principaux problèmes de santé et situations de risques auxquelles la population est exposée. À partir de là elle élabore, avec la participation de la communauté, un plan d'action (9).

Les équipes ont donc sous leur responsabilité un territoire défini avec une population délimitée. Elles interviennent sur les facteurs de risque auxquels la communauté est exposée et elles mettent en place les activités adéquates de soins, d'éducation et de promotion de la santé. Chaque équipe est ainsi responsable de l'accompagnement d'environ 3 à 4 500 personnes (soit environ un millier de familles) d'une zone déterminée. Ces équipes travaillent en lien avec les unités basiques de santé (UBS, équivalent de dispensaires). Cette proximité est une porte d'entrée territoriale dans le système hiérarchisé et régionalisé de santé.

Une recherche réalisée par le ministère brésilien de la santé – en partenariat avec les universités de São Paulo et de New York – a démontré qu'à l'intérieur d'un territoire, l'extension du programme à 10 % supplémentaires de la population se traduisait par une réduction de 4,6 % de l'indice de mortalité infantile. À noter que cet indice est par ailleurs en diminution constante au Brésil depuis 1990 (10). Depuis sa création en 1994, 30 600 équipes ont été implantées dans 5 261 municipalités, ce qui représente une couverture populationnelle d'environ 96,8 millions d'habitants (cf. figure 1, page 42) (11).

Programme national de promotion de l'activité physique « Agita Brasil »

Ce programme vise à améliorer la connaissance de la population sur les bienfaits de l'activité physique, en soulignant son importance comme facteur de protection de la santé. « Agita Brasil » a pour objectif d'inciter à une modification des habitudes de vie des personnes, en incorporant une pratique

régulière d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée la plupart des jours de la semaine (si possible tous les jours), comme stratégie de réduction des risques de maladies chroniques non transmissibles mais aussi pour le maintien et l'amélioration de la qualité de vie.

Ce programme est associé au Plan national contre l'hypertension artérielle et le diabète mis en œuvre par le ministère de la Santé. Il repose sur une action intersectorielle entre la santé, l'éducation, le sport et les autres secteurs concernés. Il est destiné à l'ensemble de la population et, plus particulièrement, aux personnes exposées aux risques de maladies chroniques.

Le programme promeut la sensibilisation et le développement des compétences des professionnels (médecins, infirmiers, nutritionnistes, dentistes,

assistantes sociales, professionnels de l'activité physique, agents représentants des communautés, etc.), via la réalisation d'ateliers thématiques dans tout le pays. Les professionnels préparés mettent ensuite en œuvre l'action au niveau des villes, des écoles, des lieux de travail et unités de santé en mobilisant les adultes, les adolescents et les travailleurs pour divers types d'événements comme la journée mondiale de l'activité physique, la journée mondiale de la santé, la journée nationale de combat contre l'hypertension, etc. (12).

Carolina Belomo de Souza

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

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Professeur de médecine, École supérieure des sciences de la santé, et MBA « Santé » de la Fondation Getulio Vargas.

► Références bibliographiques

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Secretaria de Políticas de saúde. Brasília, 2001.
- (2) Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- (3) OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde): *Reorientação das Práticas e Serviços de Saúde*, 2003. En ligne : <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm> [Dernière consultation le 14/11/2009]
- (4) HPA (Health Promotion Agency for Northern Ireland). *What is Health Promotion*. 2004. En ligne : <http://www.healthpromotionagency.org.uk/Resources/corporate/pdfs/HPA%20legacy%20document.pdf> [Dernière consultation le 14/11/2009]
- (5) Serrano M. M. *A Promoção da Saúde e suas Perspectivas*. OPAS: Reorientação das Práticas e Serviços de Saúde, 2003. En ligne : http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/com_saudavel_rede_municipios/ana1/ana_vol1_cap1.pdf. [Dernière consultation le 14/11/2009]
- (6) Bedin N. *Atenção Básica: promoção da saúde e empoderamento*. 2008. En ligne : <http://www.cbesc.com.br/artigos.asp> [Dernière consultation le 13/01/2010]
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de

- Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília, 2006.
- (8) Brasil. Ministério da Saúde. *Proposta e diretrizes do Ministério da Saúde para os Eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Sergio Arouca. Brasília. 2003
- (9) Buss P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D. & Freitas C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
- (10) Macinko J., Guanais F. C., Souza M. F. M. An evaluation of impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, [S.l.], n° 60, 2006 : p. 13-19.
- (11) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB-MS. En ligne : <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. [Dernière consultation le 04/02/2010]
- (12) Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. *Programa Nacional de Promoção da Atividade Física « Agita Brasil »: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida*. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(2):254-6. En ligne : <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0779.pdf>

Profil de la grossesse précoce au Brésil

Au Brésil, le nombre de grossesses précoces est élevé chez les adolescentes. Une équipe de chercheurs a interrogé ces jeunes mères, avec un suivi pendant un an à partir de la naissance de leur enfant. Un grand nombre d'entre elles est issu d'un milieu défavorisé. Les plus jeunes sont contraintes de renoncer à leurs études. Si la majorité souhaitait avoir un enfant, elles vivent le plus souvent dans des conditions de précarité et de dépendance familiale.

L'adolescence est caractérisée par un processus complexe de croissance biologique et de développement de capacités psychologiques et sociales. Cela renvoie à un ensemble d'expériences qui marquent la vie des individus : le développement de l'autonomie, la connaissance, l'estime de soi et le questionnement des valeurs culturelles (1). Cette tranche d'âge a connu des taux élevés de fécondité et de natalité au Brésil avec des risques majorés : des problèmes de santé pour les bébés, particulièrement ceux qui sont prématurés et ont un poids de naissance bas, et pour les mères des taux plus élevés de

mortalité maternelle (30 % de plus que chez l'adulte) et de pré-éclampsie (29 % chez les adolescentes contre 7 % chez les mères adultes). L'insécurité entraîne un risque comportemental et psychosocial avec des difficultés pour soigner et éduquer l'enfant, des difficultés dans la relation mère-bébé, parfois une dépression maternelle, et des problèmes comme l'absentéisme scolaire ou des difficultés d'accès au marché du travail (2-4).

Le contexte brésilien

Au cours des dernières années, le nombre de mères de moins de 20 ans

a augmenté de façon significative dans le service de pédiatrie de l'hôpital universitaire de Brasilia. Cette observation locale est confirmée au niveau national par les données du ministère de la Santé : de 1993 à 1997, il y a eu une augmentation de 20 % du total des naissances chez les femmes de 10 à 14 ans, suivie d'une baisse de 10 % pour la dernière décennie. La récurrence de la deuxième grossesse apparaît comme une question importante : elle concerne 40 % des adolescentes dans les deux années qui ont suivi la première grossesse (5).

L'accouchement constitue la première cause d'hospitalisation des adolescentes de moins de 14 ans (6).

Pour mieux comprendre à la fois le profil de ces mères et les causes liées à la grossesse, nous avons mis en place une étude qui :

- analyse le profil épidémiologique de la mère avec l'âge maternel comme un facteur de risque par rapport au faible poids de naissance et à la prématurité ;
- vise à prévenir une deuxième grossesse, à renforcer le lien entre la mère et le bébé, et à promouvoir l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois. Comme méthode, nous avons eu recours à une étude de cas/contrôle (voir encadré ci-contre).

Le profil des adolescentes accueillies

Nous avons interrogé, de mars 2001 à mars 2005, quatre cents mères à la

Méthodologie : un suivi pendant un an à partir de la naissance

Cette étude de cas-contrôle a été divisée en deux étapes.

- Des entretiens utilisant un questionnaire standard avec le groupe de mères adolescentes primipares de moins de 20 ans et un groupe témoin de mères non adolescentes primipares âgées de 20 à 34 ans. La première entrevue a eu lieu dans les quarante-huit premières heures après la naissance dans les services de gynécologie obstétrique et de néonatalogie de l'hôpital universitaire de Brasilia.
- Un suivi des mères et de leur bébé au cours de la première année de vie du bébé : la première consultation a été réalisée au quinzième jour de vie du bébé, moment où les mères choisissent les services de suivi postnatal qu'elles souhaitent pour leur enfant. En optant pour un service de l'hôpital universitaire, les consultations sont prévues trente jours après la naissance puis tous les mois jusqu'à six mois, ensuite à huit, dix et douze mois afin d'assurer l'accompagnement de l'allaitement maternel exclusif. Les mères assistent à la réunion du groupe d'accueil et éducatif pluridisciplinaire, puis passent à la consultation individuelle en pédiatrie. À la fin de la première consultation, les mères sont envoyées au planning familial au sein duquel officie une équipe de gynécologues et d'obstétriciens.

M. R. A. P.

maternité de l'hôpital universitaire de Brasília. Le profil épidémiologique des mères adolescentes est le suivant :

- leur âge varie de 13 à 19 ans avec une moyenne de 16,9 ans et une partie d'entre elles vit dans des villes défavorisées ;
- en ce qui concerne la situation de famille au moment de l'entrevue, 33 % sont célibataires, 44,3 % vivent une relation stable avec le père de l'enfant et 21,7 % sont mariées ;
- 38 % des mères ont poursuivi leurs études au cours de la grossesse et 62 % les ont abandonnées à cause de problèmes tels que nausées, vomissements, déni de grossesse, honte d'aller à l'école, etc. Parmi ces 62 %, plus de la moitié avaient arrêté leurs études avant la grossesse, soit par échec scolaire (redoublement), par manque de motivation ou à cause de difficultés financières. On perçoit ainsi les difficultés que pourront rencontrer ultérieurement ces adolescentes ;
- 70 % des mères adolescentes sont prises en charge par la famille (mère/père/parent), 20 % sont prises en charge par leur compagnon et 10 % n'ont aucun soutien.

En ce qui concerne les aspects affectifs, 62,7 % des mères de moins de 15 ans et 53,5 % des mères de plus de 15 ans disent qu'elles souhaitaient avoir un enfant. Par ailleurs, 53 % des mères déclarent n'avoir jamais utilisé de méthode contraceptive et 84 % ne pas connaître toutes les méthodes. Concernant l'utilisation de drogues licites et illicites, 16,3 % des mères disent avoir consommé du tabac pendant la grossesse, 27,1 % avoir bu de l'alcool occasionnellement et 5,1 % avoir consommé des drogues illicites (crack, marijuana et autres drogues). Ces données sont cohérentes avec la littérature et contribuent – en tant que facteur de risque – au faible poids de naissance de l'enfant, aux difficultés du lien mère-bébé et à la récurrence d'une seconde grossesse (7, 8). En outre, 59,8 % déclarent avoir ressenti de la peur quand elles se sont aperçues qu'elles étaient enceintes.

Quant au suivi pendant la grossesse, 95,8 % des adolescentes ont bénéficié de cinq à six consultations.

Jeunes mères... comme leurs mères

Dans la deuxième étape de l'étude, nous avons analysé les facteurs de

risque du faible poids de naissance et de la prématurité dans les deux populations : mères adolescentes et mères adultes. Il ressort notamment que pour les mères de moins de 19 ans, le poids moyen à la naissance de leur bébé était de 2,979 kg contre 3,546 kg pour les plus de 20 ans. Par ailleurs, dans le groupe des mères adolescentes, le début de l'activité sexuelle se situait à l'âge moyen de 15,2 ans. Ce chiffre est à rapprocher de la moyenne nationale, soit 19,5 ans pour les filles et 16,7 ans pour les garçons, avec des différences régionales, les premiers rapports étant plus précoces dans les zones urbaines que dans les zones rurales (9, 10).

Lors des entretiens et en écoutant les histoires de vie de ces mères adolescentes, nous avons noté que leurs propres mères avaient très souvent eu

leur premier enfant à un âge similaire. Nous avons par ailleurs observé qu'une « crise d'adolescence » associée à la grossesse pouvait survenir, avec des sentiments de déni de l'enfant, la honte de la grossesse et les abandons scolaires. À souligner que ces mères adolescentes ont des relations instables avec leurs partenaires et que, dans la plupart des cas, elles ne visent pas à fonder une famille. En conséquence, leur nouveau-né dépend souvent du soutien socio-économique de la famille qui appartient, pour la plupart, à des classes sociales défavorisées. Enfin, les résultats de cette étude sont cohérents avec les travaux scientifiques antérieurs (11).

Marilucia Rocha de Almeida Picanço

Professeur adjoint de pédiatrie,
faculté de médecine, université de Brasília,
Brésil.

► Références bibliographiques

- (1) Ruzany M.H., Grossman E. (org.) *A Saúde dos Adolescentes e Jovens: Competências e Habilidades*. Brasília D. F: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, II vol., Brasília, 2001.
- (2) World Health Organization (WHO). *The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all*. Genève : WHO, 1998. En ligne : www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf
- (3) Camarano A. A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In: Vieira E. M., Fernandes M. E. L., Bailey P., Mackay A. *Seminário gravidez na adolescência*. Projetos de Estudos da Mulher, Saúde do Adolescente, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1998 : p. 35-46.
- (4) Relatório Técnico – *Análise dos dados do Programa Saúde do Adolescente (PRAIA) SES/DF 2000*.
- (5) *Rede feminista de saúde adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê*. – Belo Horizonte : Rede Feminista de Saúde, 2004.
- (6) Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil 2008. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>. Acesso: 29/09/09.
- (7) Dadoorian D. *Pronta para Voar – Um novo olhar sobre a gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro : Editora, Rocco, 2000 : 177 p.
- (8) Dadoorian D. *As Interações entre a Mãe Adolescente e o Bebê no Período Neonatal*. In : Cuidados no Início da Vida-Clinica, Instituição e Metapsicologia (Lou Muniz Atem – Org.), Casa do Psicólogo, São Paulo, 2008 : p. 113-122.
- (9) Ferraz E., Ferreira I. Q. Início da Atividade Sexual e Características da População Adolescente que Engravidou. In: Vieira E.M., Fernandes M. E. L., Bailey P., Mackay A. *Seminário gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro : Projeto de Estudos da Mulher, Saúde do Adolescente, Ministério da Saúde, 1998.
- (10) Bemfam. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Brasil, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil-BEMFAM/Macro Internacional, 1997.
- (11) Picanço M. R. A. *Baixo peso ao nascer em filhos de mães adolescentes – Risco biológico social?* (Brasil, PNDS – 1996). Tese (Doutorado) – Universidade federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina.

Precious

Drames et résilience

Rarement personnage au cinéma n'a accumulé autant de drames. L'histoire de *Precious* est celle de la résilience d'une jeune fille que tout accable. C'est la modification de son environnement scolaire et social, l'irruption dans sa vie d'autres « référents », qui vont lui permettre d'accéder à davantage de confiance et d'estime de soi. Ce film dur et éprouvant peut servir d'outil de dialogue et de réflexion avec les adolescents. Voici des éléments de méthode pour utiliser ce long-métrage avec les jeunes.

Un film de Lee Daniels

États-Unis, 2009, 1 h 49

Avec Gabourey « Gabby » Sidibe, Mo'Nique, Paula Patton, Lenny Kravitz, Mariah Carey

Le film

Adapté du roman *Push* de Sapphire, *Precious* met en scène une adolescente victime de maltraitance au sein de sa famille. Violée par son père, humiliée et battue par sa mère, Precious est obèse, enceinte et illettrée à 16 ans. Exclue de son école, elle intègre un établissement alternatif spécialement destiné aux jeunes filles en difficulté. Pour la première fois, elle découvre un lieu d'écoute et d'expression. C'est là qu'elle va raconter son histoire et apprendre à l'écrire.

À quel public s'adresse le film ?

Si le film de Lee Daniels s'adresse *a priori* à un public relativement large dans la mesure où il ne présente pas de difficultés particulières et correspond *grosso modo* aux schémas du cinéma grand public, il faut toutefois veiller à éviter deux situations délicates liées à la « charge émotionnelle » que le film porte. La première pourrait se produire avec un public qui ne serait pas assez mûr et pas capable d'empathie avec le personnage principal qui présente à première vue peu de séduction... La seconde se produirait avec un public fragile, qui pourrait être excessivement choqué par les scènes de violence ou par l'inceste dont Precious est la victime. En d'autres mots, la vision du film

devrait être réservée à un public « raisonnablement sensible » et de plus de 16 ans.

Relation à la problématique santé

Ce qui pourrait constituer ailleurs la problématique principale (l'obésité, la grossesse non désirée, la séropositivité, l'accueil d'un enfant trisomique, etc.) passe ici au second plan par rapport au trauma initial : les viols répétés par le père. On peut supposer, en effet, que l'inceste dont Precious est victime constitue l'événement déclencheur de bon nombre de ses malheurs. Les viols ont des conséquences directes et indirectes : un enfant (trisomique de surcroît) et une deuxième grossesse ; le repli sur soi qui compromet les apprentissages fondamentaux ; la jalousie de la mère qui culpabilise, frappe et humilie ; l'obésité ; la séropositivité... autant de répercussions aggravées par le contexte de pauvreté et d'ignorance dans lequel vit Precious.

Mais *Precious* n'est pas que le récit d'une accumulation de malheurs, c'est surtout l'histoire d'une résilience (ou au moins du début de celle-ci) qui passe notamment par l'expression de soi.

Quelques éléments d'analyse

Au cinéma, il est possible d'entrer rapidement dans l'intimité d'un personnage. C'est le cas dans *Precious*, où la voix « off » exprime les désirs et les pensées de la jeune fille et où ses fantasmes et ses souvenirs sont mis en scène.

En effet, dès le début du film, le personnage de Precious nous est montré à

la fois physiquement, de l'extérieur (obèse, mutique, renfrogné), et psychologiquement, de « l'intérieur » (elle se présente, dit son nom et ses rêves : avoir un petit ami à la peau claire, faire la couverture d'un magazine, tourner dans un clip vidéo, etc.). Ainsi, le premier mouvement (de recul, de moquerie ou de désintérêt) que pourrait susciter le personnage par son apparence est rapidement désamorcé par l'accès à sa vie intérieure, qui la qualifie en tant que personne humaine proche de tout un chacun. À moins, bien sûr, que pour certains spectateurs, le caractère naïf et irréaliste de ses fantasmes ne charge davantage une vision grotesque de l'adolescente. De la même manière, nous, spectateurs, avons la primeur de la révélation qui intervient très tôt dans le film (Precious est violée par son père et maltraitée par sa mère), alors que les autres personnes qui l'entourent à l'école, au bureau de l'aide sociale, ne sont pas au courant.

La construction du scénario et le montage du film font ainsi alterner l'image « publique » de Precious (grosse, noire, très en retard sur le plan scolaire, déjà mère et à nouveau enceinte) et sa réalité domestique et psychique (c'est une jeune fille à peu près comme les autres, à l'exception bien sûr du fait qu'elle est victime de violences de la part de ses parents).

Ce que ses profs ou ses condisciples ne savent pas (les viols, les coups et les humiliations subis à la maison) n'est pas à proprement parler l'objet d'un secret dont Precious aurait honte, mais plutôt un état de fait, subi depuis

presque toujours et dont on ne parle pas parce que cela ne regarde personne et parce que cela compromettrait le versement des allocations.

La progression dramatique du film ne consiste donc pas à préparer la révélation d'un secret qui constituerait un point culminant sur le plan émotionnel (selon un schéma narratif relativement classique au cinéma). Au contraire, les faits sont exposés dès le début dans toute leur violence, et le récit s'attache à montrer comment Precious va commencer à sortir de cette situation. Changement d'école, rencontre de nouvelles personnes, découverte d'autres modèles et d'autres exemples, la transformation de son environnement va modifier son système de représentations et de valeurs et l'amener finalement à décider pour elle-même.

Proposition d'animation

Passées l'émotion et l'éventuelle incompréhension à l'égard de maltraitances d'une telle violence, on peut s'interroger sur le fait que la situation désastreuse de Precious ait pu perdurer des années sans qu'il y soit mis fin. Autrement dit, on peut se demander pourquoi Precious ne s'est pas plainte plus tôt et comment elle a pu passer à travers les mailles du filet du « contrôle social ».

Ce sont ces questions que nous proposons de soumettre aux spectateurs du film. Invitons-les à échanger autour de questions comme :

- pourquoi Precious n'a-t-elle jamais dit ce qu'elle vivait ?
- qu'est-ce qui la décide finalement à quitter sa mère ?
- comment se fait-il qu'aucun travailleur social n'ait détecté la maltraitance dont Precious est la victime ?

On ne peut sans doute pas avancer de réponses définitives à ces questions, mais on peut certainement dégager un faisceau d'éléments de réponse.

Une mise en confiance

L'un des facteurs de changement est le fait que Precious intègre une nouvelle école, alternative, où elle est perçue et considérée de manière différente.

Pour mesurer l'ampleur du changement de cadre, on peut inviter les participants à comparer deux scènes et deux contextes : d'une part, la scène dans le bureau de la directrice de la première école et la rencontre dans la classe de Miss Rain ; d'autre part, la classe de Pre-



cius dans la première école et sa classe à « *Each One Teach One* ».

- Dans le bureau de la directrice de l'école conventionnelle, Precious nous est présentée en ces termes : elle a 16 ans, elle est au début de l'enseignement secondaire, elle est enceinte de son deuxième enfant. Par ailleurs, Precious affiche un visage fermé et ne répond pas ou très sommairement aux questions qu'on lui pose. Elle veut retourner en classe mais est priée de se rasseoir ; elle ne saisit pas la perche qui lui est tendue quand son interlocutrice lui demande si « *ça va, à la maison* ». Ainsi, c'est un bilan qui est fait de la vie de Precious et qui n'est pas brillant : un bilan sanctionné par l'exclusion.

Dans l'école alternative, Precious a le choix de rentrer (ou pas) dans la classe de Miss Rain. Chaque élève est ensuite invitée à se présenter en répondant à ces questions : quel est votre nom ? Quelle est votre couleur préférée ? Quelle chose savez-vous bien faire ? Pourquoi êtes-vous ici ? Miss Rain instaure d'emblée un pied d'égalité puisqu'elle répond elle-même à ces questions. Les jeunes filles prennent ensuite la parole mais ont aussi le droit de passer l'exercice. Ainsi, après quelques hésitations, Precious prend la décision de rentrer dans la classe et après avoir d'abord « refusé l'obstacle », elle se présente à son tour. L'approche de Miss Rain est ainsi plus « légère » (pour se présenter, l'on dit son nom et sa couleur préférée) et centrée sur le présent et l'avenir plutôt que sur les échecs du passé (toutes les jeunes filles

de la classe ont échoué puisqu'elles ont des difficultés avec l'écrit à un âge où la lecture et l'écriture devraient être maîtrisées), mais la plupart des élèves déclarent qu'elles sont là pour passer leur GED¹. Ainsi, là où l'école conventionnelle déresponsabilise Precious dans la mesure où elle doit toujours obéir, l'école alternative lui laisse toujours le choix de faire ou de ne pas faire ce qui est proposé.

- La classe de Precious à l'école conventionnelle est mixte, composée d'élèves beaucoup plus jeunes qu'elle et relativement nombreuse. En cela, la classe de l'école alternative est très différente : uniquement composée de filles qui ont sensiblement le même âge que Precious et dont le nombre se limite à sept ou huit élèves. Par ailleurs, Miss Rain semble être la seule prof de la classe et l'enseignement est centré sur l'apprentissage exclusif de l'écriture et de la lecture. La classe de l'école alternative est donc plus homogène, et l'une des élèves, JoAnn, demande immédiatement à Precious quand elle va accoucher : la jeune fille a discerné la grossesse de Precious, là où d'autres, moins lucides, moins subtils, n'auraient que constaté l'obésité. Pas d'angélisme pourtant dans la représentation de cette nouvelle école qui n'est pas un havre de paix pour Precious qui y subit, dans un premier temps, les moqueries et y réagit, comme à l'école conventionnelle, en frappant. Mais un lien, inexistant à l'école conventionnelle, va vite se nouer entre les élèves et l'enseignante.

Ainsi, on peut dire que l'école alter-



native où Precious est rendue responsable de sa vie et de ses apprentissages, où elle n'est pas jugée *a priori* ni stigmatisée, où elle est entourée de personnes plus proches d'elle (par l'âge et l'expérience), constitue un contexte plus propice à la confiance et à l'estime de soi.

Une question de représentations

Toute sa vie, Precious a manqué de repères. Abusée très jeune par son père, avec l'assentiment tacite de sa mère qui la maltraitera bientôt à son tour, l'enfant qu'elle a été n'a pas appris les limites, ce qui est admissible ou pas. Sa vie sera maintenue sous l'emprise de sa mère qui la rend coupable de son propre malheur (elle lui a « volé » son mari) et se venge en quelque sorte en la frappant, en l'humiliant et en la maintenant en quasi-esclavage.

L'enfance de Precious est ainsi soumise à la représentation du monde que lui transmet sa mère : les Blancs sont haïssables, l'école ne sert à rien, la sécurité sociale est là pour pourvoir à leurs besoins... On pourrait dire que Precious ne connaît rien d'autre que ce que sa mère exprime. Elle n'a pas d'autre modèle. Après tout, le monde extérieur aussi est violent, où Precious est victime de moqueries, d'humiliations et parfois de coups.

Il suffit d'assister à la scène de la visite à domicile de l'assistante sociale pour mesurer cet enfermement choisi par la mère : la visite de cette dame, qui demande à Precious si elle a des questions et qui interroge la mère sur la dernière visite médicale de la petite fille, n'est considérée par la mère que comme un contrôle intrusif et terrible-

ment contrariant. Tout est fait pour berner l'assistante sociale : de la perruque placée en vitesse à la pose faussement maternelle avec l'enfant trisomique sur les genoux, une enfant qui vit en réalité chez son arrière-grand-mère. Cette représentation du travailleur social comme contrôleur dont il faut bien accepter la visite pour toucher son chèque, est évidemment à l'opposé des idéaux de la profession.

Ainsi Precious est prise entre deux représentations simplistes du monde : la vision très étriquée et stéréotypée de sa mère (qui pense, par exemple, que l'on ne peut pas attraper le virus du sida si on ne pratique pas la sodomie) et les images de bonheur que présentent les médias (célébrité, beauté, minceur, succès, amour, etc.). En changeant d'école, en rencontrant d'autres personnes, Precious va découvrir d'autres modèles et aller de surprise en surprise : ainsi, elle qui méprise pourtant « les camés » va se lier d'amitié avec Rita, ex-junkie et néanmoins mère exemplaire. Elle fait l'expérience de l'humanité avec Miss Rain qui l'accueille chez elle quand elle est sans abri, et elle découvre en même temps que l'enseignante est lesbienne, ce qui la fait changer d'opinion sur les homosexuels ! Elle va découvrir, enfin, l'amitié (de ses condisciples, de l'infirmier) et la compassion.

La même transformation du regard s'opère aussi vis-à-vis de l'aide sociale. Precious se rend une première fois au bureau de Mrs Weiss pour recevoir son chèque, mais elle doit se soumettre aux questions de l'assistante sociale qui l'interroge sur sa vie à la maison. C'est

là que Precious, peu habituée à l'exercice, laisse échapper que son propre père lui a donné un enfant et bientôt un deuxième... Après un échange assez vif où l'on sent que Precious regrette son aveu, Mrs Weiss déclare qu'elle devra tout dire pour recevoir le chèque... C'est ainsi que commencent les rendez-vous réguliers avec l'assistante sociale. Si beaucoup de ces entretiens ne sont pas mis en scène, l'on comprend néanmoins qu'une relation se tisse entre les deux femmes. Plus tard, Precious fera même preuve d'humour en retournant les rôles et en disant à Mrs Weiss qu'elle peut parler, qu'elle est en sécurité... Tout se passe comme si Precious avait découvert l'autre facette du travail social. D'ailleurs, quand elle quitte le domicile et se réfugie à l'école, elle se dit gênée de voir Miss Rain qui n'est pourtant pas assistante sociale faire toutes sortes de démarches pour lui trouver un logement ! Precious sera pourtant déloyale vis-à-vis de Mrs Weiss puisqu'elle va voler son dossier. Elle va aussi s'insurger contre les intentions de la sécurité sociale qui voudrait notamment la mettre au travail alors qu'elle voudrait poursuivre ses études, et qui lui conseille d'abandonner ses enfants et de les confier pour adoption, ce qu'elle refuse catégoriquement. Mais dans ces rapports conflictuels avec « l'état social » représenté par Mrs Weiss, on mesure combien Precious se sent désormais responsable de sa vie, n'accepte plus d'être dirigée.

Ainsi, le parcours de Precious, tel que le film le retrace, est celui d'une adolescente qui attend « *que quelque chose arrive* » devenant une jeune femme responsable de sa propre vie et qui provoque les événements. Le changement d'école, conjugué au changement de relations humaines et de représentations, vont en quelque sorte révéler Precious à elle-même, la rendant désormais capable d'exprimer ses souffrances et ses désirs.

Anne Vervier

Animatrice, Centre culturel Les Grignoux, Liège, Belgique.

1. Le « General Educational Development » correspond au diplôme d'enseignement.

Les écrans. Grandeur et dépendance

Non-Violence Actualité



Non-Violence Actualité est un centre de ressources sur la gestion non violente des relations et des conflits ; il diffuse des outils pédagogiques pour l'éducation à la relation et à la gestion des conflits, et propose un bimestriel du même nom.

La collection *Pratiques de non-violence* reprend des articles publiés dans la revue. Le livre proposé est consacré à ce média principal qu'est aujourd'hui l'écran. Sa maîtrise est devenue une compétence indispensable à acquérir, mais une initiation aux risques liés à ces outils s'avère nécessaire. Cet ouvrage propose donc une illustration de ce propos au travers d'actions concrètes visant à préserver la capacité à faire un usage limité et éclairé de ces outils, qu'ils soient télévision, ordinateur, console de jeux vidéo, ou encore webcam : apprendre à voir autrement, réduire le temps devant les écrans, influence des écrans sur les tout-petits, inégalités face à l'image, apprentissage de l'analyse de l'image, etc.

Céline Deroche

Montargis : Non-Violence Actualité, coll. *Pratiques de non-violence*, 2009 : 112 pages, 8€.

Développer des pratiques communautaires en santé et développement local

Bernard Goudet



Cet ouvrage se veut un outil de travail pour tous ceux qui sont engagés dans des pratiques d'action communautaire dans le champ de la santé publique et de l'action sociale, ou qui souhaitent le faire. Après avoir clarifié l'émergence historique des définitions et textes qui font référence dans le domaine des pratiques communautaires, l'auteur, qui bénéficie d'une longue expérience dans le champ du travail social et de la promotion de la santé, situe les domaines concrets dans lesquels ces pratiques peuvent s'exercer. Un ensemble

de contributions sociologiques, surtout empruntées aux sociologies du changement et de l'action, permettent de comprendre le contexte, les conditions, les limites et les enjeux des pratiques communautaires. La troisième partie de l'ouvrage, centrée sur la mise en œuvre, rassemble des éléments sur les modèles d'action et la méthodologie de projet en santé communautaire, promotion de la santé et développement social. Le propos de l'auteur est de décloisonner les champs de pratiques de la santé et du travail social communautaires mais aussi les champs des référentiels de l'action et des référentiels disciplinaires des sciences psychologiques et sociales, dans un contexte français peu propice aux pratiques communautaires.

C. D.

Lyon : Chronique sociale, 2009, 352 pages, 16,90 €.

Rapport 2008 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde

Georges Fahet, Françoise Cayla, Anne-Isabelle Barthélémy, Jean-François Corty, Marie-Dominique Pauti, Anne Tomasino, et al.



L'Observatoire de l'accès aux soins a été créé par l'équipe française de Médecins du monde en 2000. Il a pour mission de témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Son rapport 2008 a été rédigé en collaboration avec l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (ORS-MIP). Il présente les observations réalisées au travers des cent sept programmes répartis dans vingt-neuf villes françaises, permettant

ainsi une meilleure connaissance des populations rencontrées.

Les données recensées permettent de mettre en lien les conditions de vie, les droits et l'état de santé des personnes en situation précaire. Cette étude décrit les obstacles à l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs en place mais également les expériences positives observées. Le rapport consacre par ailleurs un chapitre au recours à la prévention, dans lequel il aborde entre autres les questions de la vaccination, des dépendances et de la prévention des infections sexuellement transmissibles.

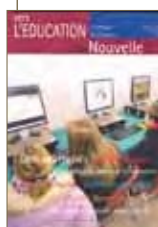
C. D.

Paris : Médecins du monde, 2009 : 224 pages.

Disponible en ligne sur le site de Médecins du monde : www.medecinsdumonde.org [dernière consultation le 04/01/2010]

Des pratiques médiatiques des jeunes à la société de l'information [Dossier]

Vers l'éducation nouvelle



Vers l'éducation nouvelle propose, dans son numéro d'octobre 2009, une réflexion sur les usages des médias par les jeunes, qu'ils soient liés à des pratiques consuméristes ou visant l'interculturalité. Les auteurs approfondissent les logiques de fonctionnement de ces médias, les enjeux posés à la fois par les pratiques recensées et par les offres de contenu proposées. Les cinq articles qui composent ce dossier abordent des problématiques qui dépassent de loin la composante fonctionnelle des outils numériques ;

ils affirment la nécessité de situer les questionnements déontologique et éthique au cœur de l'éducation aux médias numériques.

Les auteurs de ce dossier proposent les sujets suivants : quels rapports entretient la société juvénile avec les technologies de l'information/communication ? Quel est le rôle de l'école dans la maîtrise des outils numériques ? Sont également proposés des témoignages de projets numériques créatifs réalisés par des adolescents. Les auteurs s'interrogent ensuite sur les valeurs véhiculées par les jeux vidéo et par les risques qu'ils représentent réellement. Ils abordent la question de la qualité de l'information comme enjeu de démocratie. Enfin, ils évoquent le problème majeur de la protection des données personnelles sur les réseaux sociaux.

C. D.

Vers l'éducation nouvelle, octobre 2009, n° 536 : p. 26-45, 10 €.

Revue disponible auprès du réseau des Ceméa (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) : www.cemea.asso.fr [dernière consultation le 04/01/2010]

Comités régionaux d'éducation pour la santé (Cres) Instances régionales d'éducation pour la santé (Ireps)

ALSACE

Pdt Joseph Becker
Dir. Dr Nicole Schauder
 Hôpital civil de Strasbourg
 Ancienne clinique
 ophtalmologique – 1^{er} étage
 1, place de l'Hôpital – BP 426
 67091 Strasbourg Cedex
 Tél. : 03.88.11.52.41
 Fax : 03.88.11.52.46
 Mèl : info@cresalsace.org
 www.cresalsace.org

AQUITAINE

Pdt Pr François Dabis
Dir. Colette Laugier
 Craes-Crips
 6, quai de Paludate
 33800 Bordeaux
 Tél. : 05.56.33.34.10
 Fax : 05.56.33.34.19
 Mèl : contact@craes-crips.com
 www.educationsante-aquitaine.fr

BASSE-NORMANDIE

Pdt Dr Pascal Faivre-d'Arcey
Dir. Jean-Luc Veret
 1, place de l'Europe
 14200 Hérouville-St-Clair
 Tél. : 02.31.43.83.61
 Fax : 02.31.43.83.47
 Mèl : cores.bn@wanadoo.fr

BOURGOGNE

Pdt Dr Jean-Claude Guillemant
 34, rue des planchettes
 21000 Dijon
 Tél. et fax : 03.80.66.73.48
 Mèl : cores.bourgogne@wanadoo.fr
 www.educationsante-bourgogne.org

BRETAGNE

Pdt Dr Jeanine Pommier
Dir. Christine Ferron
 4 A, rue du Bignon
 35000 Rennes
 Tél. : 02.99.50.64.33
 Mèl : contact@irepsbretagne.fr
 www.irepsbretagne.fr

CHAMPAGNE-ARDENNE

Pdt Yvonne Logeart
Dir. Kévin Gouraud
 89, rue Étienne Oehmichen
 51000 Châlons-en-Champagne
 Tél. : 03.26.68.28.06
 Fax : 03.26.68.97.60
 Mèl : cores.cha@wanadoo.fr
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

FRANCHE-COMTE

Pdt Christian Magnin-Feyso
Dir. Pascale Angiolini
 3, rue Rodin
 25000 Besançon
 Tél. : 03.81.41.90.90
 Fax : 03.81.41.93.93
 Mèl : cores.fc@orange.fr
 www.cres.fc.urcam.org

HAUTE-NORMANDIE

Pdt Bernard Lamday
Dir. Marion Boucher Le Bras
 Immeuble le Bretagne
 57, avenue de Recherche
 76100 Rouen
 Tél. : 02.32.18.07.60
 Fax : 02.32.18.07.61
 Mèl : cores.haute.normandie@wanadoo.fr
 www.cres-rouen.org

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Pdt Dr Claude Terral
 Hôpital la Colombière
 39, avenue Charles-Flahault
 34295 Montpellier Cedex 5
 Tél. : 04.67.04.88.50
 Fax : 04.67.52.02.57
 Mèl : cores.Lr@wanadoo.fr
 www.creslr.org

LORRAINE

Pdt Dr Jeanne Meyer
Dir. Olivier Aromatario
 1, rue de la Forêt
 54520 Laxou
 Tél. : 03.83.47.83.10
 Fax : 03.83.47.83.20
 Mèl : creslor@wanadoo.fr

MIDI-PYRENEES

Pdt Dr Anne-Marie Rajon
Dir. Laurence Birelichie
 77, allée de Brienne
 31000 Toulouse
 Tél. : 05.61.23.44.28
 Fax : 05.61.22.69.98
 Mèl : cores.midi-pyrenees@wanadoo.fr

NORD-PAS-DE-CALAIS

Pdt Pr Jean-Marie Hauguener
Dir. Loïc Clout
 Parc Eurasanté
 235, avenue de la Recherche
 BP 86
 59373 Loos Cedex
 Tél. : 03.20.15.49.40
 Fax : 03.20.15.49.41
 Mèl : ireps-npdc@orange.fr
 www.ireps-npdc.org

PAYS-DE-LA-LOIRE

Pdt Pr Pierre Lombrail
Dir. Patrick Lamour
 Hôpital Saint-Jacques
 85, rue Saint-Jacques
 44093 Nantes Cedex 1
 Tél. : 02.40.31.16.90
 Fax : 02.40.31.16.99
 Mèl : ireps@irepspd.org
 www.santepaysdelaloire.com

PICARDIE

Pdt Dr Gérard Dubois
Dir. Philippe Lorenzo
 Espace Industriel Nord
 67, rue de Poulainville
 80080 Amiens
 Tél. : 03.22.71.78.00
 Fax : 03.22.71.78.04
 Mèl : cores@respicardie.org
 www.respicardie.org

POITOU-CHARENTES

Pdt Eric-Pascal Satre
Dir. Isabelle Escure
 17, rue Salvador-Allende
 86000 Poitiers
 Tél. : 05.49.41.37.49
 Fax : 05.49.47.33.90
 Mèl : cores@educationsante-pch.org

COTE D'AZUR

Pdt Pr Jean-Marc Garnier
Dir. Zeina Mansour
 178, cours Lieutaud
 13006 Marseille
 Tél. : 04.91.36.56.95
 Fax : 04.91.36.56.99
 Mèl : cores-paca@wanadoo.fr
 www.cres-paca.org

RHÔNE-ALPES – Fraes

Pdt Jacques Fabry
Dir. Olivier François
 9, quai Jean-Moulin
 69001 Lyon
 Tél. : 04.72.00.55.70
 Fax : 04.72.00.07.53
 Mèl : contact@education-sante-ra.org
 www.education-santera.org

REUNION

Pdt Dr Rémi Foubert
Dir. Blandine Bouvet
 13, rue Roland-Garros
 97460 Étang-Saint-Paul
 Tél. : 02.62.71.10.88
 Fax : 02.62.71.16.66
 Mèl : cores.run@wanadoo.fr
 www.irepsreunion.org

GUYANE

Pdt Robert Ulic
Dir. Stéphanie Lang
 Association Guyane Promo Santé
 59, avenue Voltaire
 97300 Cayenne
 Tél. : 0594.30.13.64
 Fax : 0594.35.84.80
 Mèl : guyanne.promosante@orange.fr

MARTINIQUE

Pdt Dr Didier Chatot-Henry
 Centre d'affaires Agora
 Bât. G – niveau 0 – BP 1193
 Étang z'abricot – Pointe des Grives
 97200 Fort-de-France
 Tél. : 0596.63.82.62
 Fax : 0596.60.59.77
 Mèl : cores.martinique@orange.fr
 http://martinique.fnes.fr

GUADELOUPE

Pdt Roberte Hamoussin-Métrégiste
Dir. Pascale Melot
 6, résidence Casse
 Rue Daniel Beauperthuy
 97100 Basse-Terre
 Tél. : 0590.41.09.24
 Fax : 0590.81.30.04
 Mèl : ireps@ireps.gp
 http://guadeloupe.fnes.fr

Comités départementaux d'éducation pour la santé

Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)

Pdt : Pr Jean-Louis San Marco
Vice Pdt : Loïc Clout
 Délégués : Marie-Joséphine Logez,
 Nicole Chaussin
 Siège social
 Immeuble Etoile Playel
 42, bd de la Libération
 93200 Saint-Denis
 Tél. : 01.42.43.77.23
 Fax : 01.42.43.79.41
 Mèl : fnes@fnes.info
 www.fnes.info

01 AIN

Pdt Jean-Claude Degout
Dir. Juliette Fovet-Julieron
 Adessa Education Santé Ain
 Parc Les Bruyères
 293, rue Lavoisier
 01960 Peronnas
 Tél. : 04.74.23.13.14
 Fax : 04.74.50.42.98
 Mèl : ades01@wanadoo.fr
 http://ain.education-sante-ra.org

02 AISNE

Pdt Gérard Dubois
 1A, rue Émile Zola
 Zac Le Champ du Roy
 02000 Chambry
 Tél. : 03.23.79.90.51
 Fax : 03.23.79.48.75
 Mèl : aïsne@crespicardie.org

03 ALLIER

Pdt Jean-Marc Lagoutte
Dir. Annick Anglars
 2, place Maréchal de Lattre-de-Tassigny – 03000 Moulins
 Tél. : 04.70.48.44.17
 Mèl : abes-codes03@wanadoo.fr

04 ALPES DE HAUTE-PROVENCE

Pdt Dr Georges Guigou
Dir. Anne-Marie Saugeron
 Centre médico-social
 42, bd Victor Hugo
 04000 Digne-Les-Bains
 Tél. : 04.92.32.61.69
 Fax : 04.92.32.61.72
 Mèl : codes.ahp@wanadoo.fr

05 HAUTES-ALPES

Pdt Dr Gilles Lavernbe
Dir. Brigitte Necloux
 Immeuble « Les Lavandes »
 1 Place Champsaur
 05000 Gap
 Tél. : 04.92.53.58.72
 Fax : 04.92.53.36.27
 Mèl : codes05@codes05.org
 www.codes05.org

06 ALPES-MARITIMES

Pdt Dr Claude Dreksler
Dir. Chantal Patuamo
 61, route de Grenoble
 06002 Nice
 Tél. : 04.93.18.80.78
 Fax : 04.93.29.81.55
 Mèl : codes.am@wanadoo.fr

07 ARDECHE

Pdt Dr Jean-Marie Bobillo
Dir. Gisèle Bollon
 2, passage de l'Ancien-Théâtre
 07000 Privas
 Tél. : 04.75.64.46.44
 Fax : 04.75.64.14.00
 Mèl : adessa-codes.07@wanadoo.fr
 http://perso.wanadoo.fr/adessa

08 ARDENNES

Pdt Dr Catherine Juillard
Dir. François Maître
 21, rue Irénée Carré
 08000 Charleville-Mézières
 Tél. : 03.24.33.97.70
 Fax : 03.24.33.84.34
 Mèl : CO.DES.08@wanadoo.fr
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

09 ARIEGE

Pdt Marie-Laure Moneger
Dir. Thérèse Fruchel
 6, cours Irénée Cros
 09000 Foix
 Tél. : 05.34.09.02.82
 Fax : 05.61.05.62.14
 Mèl : caes.ariège@wanadoo.fr

10 AUBE

Pdt Sylvie Le Dourner
Dir. Calby Julien
 Mezzanine des Halles
 Rue Claude Huez
 10000 Troyes
 Tél. : 03.25.41.30.30
 Fax : 03.25.41.05.05
 Mèl : codes10@orange.fr
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

11 AUDE

Pdt Dr Pierre Dufranc
 14, rue du 4 septembre
 11000 Carcassonne
 Tél. : 04.68.71.32.65
 Fax : 04.68.71.34.02
 Mèl : codes11@wanadoo.fr
 http://codes11-over-blog.com

12 AVEYRON

Pdt Jacky Druille
Dir. Mylène Carrère
 13, bd Laromiguière
 12000 Rodez
 Tél. : 05.65.73.60.20
 Fax : 05.65.73.60.21
 Mèl : codes.aveyron@wanadoo.fr

13 BOUCHES-DU-RHÔNE

Pdt Pr Jean-Louis San Marco
Dir. Nathalie Merle
 8, rue Jules Moulet
 13006 Marseille
 Tél. : 04.91.04.97.30
 Fax : 04.91.04.97.25
 Mèl : contact@codes13.org
 www.codes13.org

14 CALVADOS

s'adresser à la région Basse-Normandie

15 CANTAL

Pdt D' Danièle Souquière-Degrange
 Bâtiment de l'Horloge
 9, place de la Paix
 15012 Aurillac Cedex
 Tél. : 04.71.48.63.98
 Fax : 04.71.48.91.80
 Mèl : codes15@wanadoo.fr
 http://www.codes15.fr

16 CHARENTE

Pdt Denis Debrosse
Dir. Marie Vabre
 Centre hospitalier de Girac
 16470 Saint-Michel
 Tél. : 05.45.25.30.36
 Fax : 05.45.25.30.40
 Mèl : codes16@wanadoo.fr

17 CHARENTE-MARITIME

Pdt Véronique Heraud
 32, avenue Albert-Einstein
 17000 La Rochelle
 Tél. et fax : 05.46.42.24.44
 Mèl : codes17@voila.fr

18 CHER

Pdt Dr Michel Verdier
Dir. Marie Côle
 4, cours Avarcum
 18000 Bourges
 Tél. : 02.48.24.38.96
 Fax : 02.48.24.37.30
 Mèl : codesducher@wanadoo.fr

19 CORRÈZE

Pdt Dr André Cigana
Dir. Isabelle Schill
 Centre hospitalier
 Ancienne Entrée
 1, bd du Dr Verhac
 19312 Brive-la-Gaillarde Cedex
 Tél. : 05.55.17.15.50
 Fax : 05.55.17.15.57
 Mèl : codes.19@wanadoo.fr

20 CORSE-DU-SUD

Pdt Roberte Stromboni
Dir. Jean Alessandri
 Résidence Les Jardins de
 Bodiocione – Bât A
 Boulevard Louis Campi
 20090 Ajaccio
 Tél. : 04.95.21.47.99
 Fax : 04.95.28.36.76
 Mèl : codes.aja@wanadoo.fr

21 COTE-D'OR

Pdt Dr Pierre Besse
 15, rue Jean XXIII
 21000 Dijon
 Tél. : 03.80.68.04.51
 Fax : 03.80.73.43.24
 Mèl : codes21@wanadoo.fr
 www.educationsante-bourgogne.org

22 CÔTES D'ARMOR

Pdt Anne Galand
 15 bis, rue des capucins
 BP 521
 22005 Saint-Brieuc Cedex 1
 Tél. : 02.96.78.46.99
 Fax : 02.96.78.42.30
 Mèl : codes-armor@wanadoo.fr

23 CREUSE

Pdt Dr Françoise Léon-Dufour
 Résidence du jardin public -
 Porche A1
 27, avenue de la Sénatorerie
 23000 Guéret
 Tél. : 05.55.52.36.82
 Fax : 05.55.52.75.48
 Mèl : codes23@wanadoo.fr

24 DORDOGNE

Pdt Dr Justiane Dereine
 DDASS
 48 bis, rue Paul-Louis Courier
 24016 Périgueux Cedex
 Tél. : 05.53.07.68.57
 Fax : 05.53.06.10.60
 Mèl : codes24@wanadoo.fr
 www.educationsante-aquitaine.fr

25 DOUBS

Pdt André Grosperin
Dir. Élisabeth Piquet
 4, rue de la Préfecture
 25000 Besançon
 Tél. : 03.81.82.32.79
 Fax : 03.81.82.39.40
 Mèl : codes25@wanadoo.fr
 www.codes25.org

26 DROME

Pdt Dr Luc Gabrielle
Dir. Laurent Lizé
 Drôme Prévention Santé
 36 B, rue de Biberach
 26000 Valence
 Tél. : 04.75.78.49.00
 Fax : 04.75.78.49.05
 Mèl : ades26@tree.fr

27 EURE

S'adresser au Cres
Haute-Normandie

28 EURE-ET-LOIR

Pdt Dr François Martin
Dir. Myriam Neullas
CESEL – Hôtel Dieu
34, rue du Dr Maunoury
BP 30407
28018 Chartres Cedex
Tél.: 02.37.30.32.66
Fax: 02.37.30.32.64
Mél: cesel@cesel.org

29 FINISTERE

Pdt Henri Hénauff
Dir. Pascale Bargain
9-11 rue de l'Île d'Houat
29000 Quimper
Tél.: 02.98.90.05.15
Fax: 02.98.90.11.00
Mél: codes29@wanadoo.fr
www.codes29.org

30 GARD

Pdt Christian Polge
7, place de l'Oratoire
30900 Nîmes
Tél.: 04.66.21.10.11
Fax: 04.66.21.69.38
Mél: CDES30@wanadoo.fr

31 HAUTE-GARONNE

S'adresser au Cres
Midi-Pyrénées

32 GERS

Pdt Jean-Pierre Thibaut
Dir. Pascale Femy
80, rue Victor Hugo
32000 Auch
Tél.: 05.62.05.47.59
Fax: 05.62.61.25.91
Mél.: codes32@wanadoo.fr

33 GIRONDE

S'adresser au Cres Aquitaine

34 HERAULT

Pdt Dr Eric Perolat
Dir. René Fortes
Résidence Don Bosco
54, chemin de Moularès
34000 Montpellier
Tél.: 04.67.64.07.28
Fax: 04.67.15.07.40
Mél: chesfraps@wanadoo.fr
www.chesfraps.com

35 ILLE-ET-VILAINE

Pdt Gérard Guingouain
Dir. Pascale Camis
4A, rue du Bignon
35000 Rennes
Tél.: 02.99.67.10.50
Fax: 02.99.22.81.92
Mél: codes35@wanadoo.fr

36 INDRE

Pdt Francis Martinet
Dir. Séverine Dropsy
73, rue Grande
36019 Chateauroux Cedex
Tél.: 02.54.60.98.75
Fax: 02.54.60.96.23
Mél: codes36@wanadoo.fr

37 INDRE-ET-LOIRE

Pdt Pr Jacques Weil
Rue du Pont de l'Arche
90 B, rue Groison
37100 Tours
Tél.: 02.47.74.44.80
Fax: 02.47.74.44.85
Mél: codes37@wanadoo.fr

38 ISERE

Pdt Dr Pierre Dell'Accio
Dir. Jean-Philippe Lejard
23, av. Albert 1er-de-Belgique
38000 Grenoble
Tél.: 04.76.87.06.09
Fax: 04.76.47.78.29
Mél: adessigr@wanadoo.fr

39 JURA

Pdt Pierre Benicbou
Dir. Agnès Borgia
35, avenue Jean-Moulin
39000 Lons-le-Saunier
Tél.: 03.84.47.21.75
Fax: 03.84.24.89.73

40 LANDES

Pdt Claude Desbordes
Dir. Sylvie Ramis
Hôpital Sainte-Anne
Bâtiment Ritournelle
782, avenue de Nonères
BP 10262
40005 Mont-de-Marsan Cedex
Tél.: 05.58.06.29.67
Mél: contact@codes40.org

41 LOIR-ET-CHER

Pdt Gérard Gouzou
Dir. Evelyne Gond
34, avenue Maunoury
41000 Blois
Tél.: 02.54.74.31.53
Fax: 02.54.56.04.30
Mél: ades41@wanadoo.fr

42 LOIRE

Pdt Dr Gérard Malberm
Dir. Mohamed Boussouar
26, avenue de Verdun
42000 Saint-Étienne
Tél.: 04.77.32.59.48
Fax: 04.77.33.89.28
Mél: direction@codes42.org
www.codes42.org

43 HAUTE-LOIRE

Pdt Louis Teyssier
8, rue des Capucins
43000 Le Puy-en-Velay
Tél.: 04.71.04.94.86
Fax: 04.71.04.97.41
Mél: codes43@wanadoo.fr

44 LOIRE-ATLANTIQUE

S'adresser à l'Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Loire-Atlantique
Mél: ireps44@irepspd.org

45 LOIRET

Pdt Dr Guy Civil
Dir. Romain Lamièsse
Espace Santé
5, rue Jean-Hupeau
45000 Orléans
Tél.: 02.38.54.50.96
Fax: 02.38.54.58.23
Mél: info@codes45.org
www.codes45.org

46 LOT

Pdt Christian Massaloux
Dir. Gilles Nouzies
377, avenue du 7^e R. I.
(2^e étage)
46000 Cahors
Tél.: 05.65.22.64.77
Fax: 05.65.22.64.50
Mél: codes46@wanadoo.fr
http://perso.wanadoo.fr/codes_46/

47 LOT-ET-GARONNE

Pdt Dr Jean-Michel Drapé
Lieu dit « Toucaut »
Route de Cahors
47480 Pont-du-Casse
Tél.: 05.53.66.58.59
Fax: 05.53.47.73.59
Mél: codes47@wanadoo.fr
www.educationsante-aquitaine.fr

48 LOZERE

Pdt M.-C. Giraud-Jalabert
1 bis, allée des Soupirs
48000 Mende
Tél.: 04.66.65.33.50
Fax: 04.66.49.26.77
Mél: codes48@wanadoo.fr

49 MAINE-ET-LOIRE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Maine-et-Loire
Dir. Jamy Pacaud
15, rue de Jérusalem
49100 Angers
Tél.: 02.41.05.06.49
Fax: 02.41.05.06.45
Mél: ireps49@irepspd.org
www.sante-pays-de-la-loire.com

50 MANCHE

S'adresser au Cres
Basse-Normandie

51 MARNE

Pdt Patrick Bourlon
Dir. Anne Patris
Pôle Dunant Éducation
1, rue du docteur Calmette
BP 7
51016 Châlons-en-Champagne
Tél.: 03.26.64.68.75
Fax: 03.26.21.19.14
Mél: codes51@wanadoo.fr
http://champagne-ardenne.fnes.fr

52 HAUTE-MARNE

Pdt Robert Mercey
Dir. Eva Bardet
5 bis, boulevard Thiers
52000 Chaumont
Tél.: 03.25.32.63.28
Mél: codes52@wanadoo.fr
http://champagne-ardenne.fnes.fr

53 MAYENNE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Mayenne
Dir. Christel Fouache
90, avenue Chanzy
53000 Laval
Tél: 02.43.53.46.73
Fax: 02.43.49.20.72
Mél: ireps53@irepspd.org

54 MEURTHE-ET-MOSELLE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

55 MEUSE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

56 MORBIHAN

Pdt Marie-Odile Barbier
Zone tertiaire de Kerfontaine
Rue Loïc Caradec
56400 Pluneret
Tél.: 02.97.29.15.15
Fax: 02.97.29.16.50
Mél: codes56@wanadoo.fr

57 MOSELLE

Ireps Lorraine
Antenne de Metz
Pdt Jeanne Meyer
Dir. Olivier Aromatario
20, rue Gambetta
BP 30273
57000 Metz Cedex 1
Tél.: 03.87.68.01.02
Fax: 03.87.68.11.89
Mél: codes57@wanadoo.fr

58 NIEVRE

Résidence Blaise-Pascal
3 bis, rue Lamartine
58000 Nevers
Tél.: 03.86.59.35.19
Fax: 03.86.61.57.18
Mél: codes58@wanadoo.fr

59 NORD

S'adresser à l'Ireps
Nord-Pas-de-Calais

60 OISE

Pdt Alfred Lorriaux
11, rue Jean-Monet
Parc d'activité « Le Chiène bleu »
60000 Beauvais
Tél.: 03.44.10.51.90
Fax: 03.44.10.00.90
Mél: oise@crepsicardie.org

61 ORNE

Pdt Pierre Chastrusse
14, rue du Cygne
61000 Alençon
Tél.: 02.33.82.77.70
Fax: 02.33.82.77.71
Mél: codes61@wanadoo.fr

62 PAS-DE-CALAIS

Pdt Gérard Pezé
Dir. Virginie Tintinger
3, rue des Agaches – BP 80505
62008 Arras Cedex
Tél.: 03.21.71.34.44
Fax: 03.21.51.25.73
Mél: cdes-62@nordnet.fr

63 PUY-DE-DOME

Pdt Marie-Gentile Gardies
Dir. Jean-Philippe Cognet
Espace Guy Vigne
30, rue Etienne-Dolet
63000 Clermont-Ferrand
Tél./Fax: 04.73.34.35.06
Mél: codes63@wanadoo.fr

64 PYRENEES-ATLANTIQUES

Pdt Jean-Claude Maupas
Dir. Jeanine Larrousse
15, allée Lamartine
64000 Pau
Tél.: 05.59.62.41.01
Fax: 05.59.40.28.52
Mél: contact.codes64@orange.fr
www.educationsante-aquitaine.fr

65 HAUTES-PYRENEES

Pdt Dr Bernard Dupin
Dir. Claudine Lamet
CPAM
8, place au Bois
65021 Tarbes Cedex 9
Tél.: 05.62.51.76.51
Fax: 05.62.51.76.53
Mél: codes65@wanadoo.fr

66 PYRENEES ORIENTALES

Pdt Dr Marie-José Raynal
12, avenue de Prades
66000 Perpignan
Tél.: 04.68.61.42.95
Fax: 04.68.61.02.07
Mél: codes66@wanadoo.fr

67 BAS-RHIN

S'adresser au Cres Alsace

68 HAUT-RHIN

S'adresser au Cres Alsace

69 RHONE

Pdt Dr Bruno Dubessy
Dir. Sylvain Jeubek
ADESR
71, quai Jules-Courmont
69002 Lyon
Tél.: 04.72.41.66.01
Fax: 04.72.41.66.02
Mél: info@adesr.asso.fr
www.adesr.asso.fr

70 HAUTE-SAONE

Pdt Alain Cusenier
Dir. Michel Jussey
4, cours François-Villon
70000 Vesoul
Tél.: 03.84.76.16.30
Fax: 03.84.75.00.77
Mél: CODES-70@wanadoo.fr

71 SAONE-ET-LOIRE

Pdt Jean-Claude Guillemant
17, place des Tulipiers
71000 Mâcon
Tél.: 03.85.39.42.75
Fax: 03.85.39.37.10
Mél: codes71@wanadoo.fr

72 SARTHE

Pdt Joël Barault
Dir. Laurence Dujardin
92/94, rue Molière
72000 Le Mans
Tél.: 02.43.50.32.45
Fax: 02.43.50.32.49
Mél: codes72@ahs-sarthe.asso.fr
www.codes72.fr

73 SAVOIE

Pdt Gérard Vanzetto
306, rue Jules Bocquin
73000 Chambéry
Tél.: 04.79.69.43.46
Fax: 04.79.62.10.22
Mél: contact@sante-savoie.org
www.sante-savoie.org

74 HAUTE-SAVOIE

Pdt Marc Rabel
Dir. Magali Chatelin
14, avenue de Berthollet
74000 Annecy
Tél.: 04.50.45.20.74
Fax: 04.50.45.34.49
Mél: ades74@voila.fr

76 SEINE-MARITIME

S'adresser au Cres
Haute-Normandie

78 YVELINES

Pdt Jean-Pierre Coulteron
Dir. Isabelle Grosus
47, rue du Maréchal-Foch
78000 Versailles
Tél.: 01.39.49.58.93
Fax: 01.39.51.47.48
Mél: CYES@wanadoo.fr
www.cyes.info

79 DEUX-SEVRES

Pdt Philippe Gobert
10 bis, avenue Bujault
79000 Niort
Tél.: 05.49.28.30.25
Fax: 05.49.24.93.66
Mél: codes79ayraud@aol.com

80 SOMME

S'adresser à l'Ireps Picardie

81 TARN

Pdt Fabien Catala
Dir. Marie-Laure Manbes
4, rue Justin-Alibert
81000 Albi
Tél.: 05.63.43.25.15
Fax: 05.63.43.18.08
Mél: codes81@wanadoo.fr

82 TARN-ET-GARONNE

S'adresser au Cres Midi-Pyrénées

83 VAR

Pdt Dr Jacques Lachamp
Dir. Christine Mader
Immeuble le Verdon
82, boulevard Léon Bourgeois
83000 Toulon St-Jean du Var
Tél.: 04.94.89.47.98
Fax: 04.94.92.80.98
Mél: codes.var@wanadoo.fr

84 VAUCLUSE

Pdt Dr Claude Soutif
Dir. Alain Doulier
13, rue de la Pépinière
84000 Avignon
Tél.: 04.90.81.02.41
Fax: 04.90.81.06.89
Mél: codes84@wanadoo.fr
www.codes84.fr

85 VENDEE

Ireps Pays-de-la-Loire
Pôle Vendée
Dir. Élise Guth-Quénnec
Maison de la santé
CHD Les Oudairies
Bd Stéphane Moreau
85925 La Roche-sur-Yon Cedex 9
Tél.: 02.51.62.14.29
Fax: 02.51.37.56.34
Mél: ireps85@irepspd.org

86 VIENNE

S'adresser au Cres
Poitou-Charentes

87 HAUTE-VIENNE

Pdt Evelyne Robert
5, rue Monte à regret
87000 Limoges
Tél.: 05.55.37.19.57

88 VOSGES

S'adresser à l'Ireps Lorraine

89 YONNE

Pdt Sylvie Pitois
25, avenue Pasteur – BP 49
89011 Auxerre Cedex
Tél.: 03.86.51.80.69
Fax: 03.86.51.80.33
Mél: DD89-codes@sante.gouv.fr

90 TERRITOIRE DE BELFORT

Pdt Dr Albert Pontes
Dir. Valérie Berton
22, rue Gaston-Defferre
90000 Belfort
Tél. et fax: 03.84.54.09.32
Mél: codes-90@wanadoo.fr

91 ESSONNE

Pdt Didier Hoeltgen
Dir. Claude Giordanello
Immeuble Boréal
5, place Copernic
Courcouronnes
91023 Evry Cedex
Tél.: 01.60.79.46.46
Fax: 01.60.79.55.27
Mél: codes91@orange.fr
www.codes91.org

93 SEINE-SAINT-DENIS

Pdt Antoine Lazarus
Dir. Laurent Bauer
UFR Médecine
74, rue Marcel-Cachin
93017 Bobigny Cedex
Tél. et fax: 01.48.38.77.01
Mél: codes93@hotmail.com
www.codes93.org

95 VAL-D'OISE

Pdt Hussein Mokhtari
Dir. Isabelle Beutaigne
CODESS 95
2, avenue de la Palette
BP 10215
95024 Cergy-Pontoise Cedex
Tél.: 01.34.25.14.45
Fax: 01.34.25.14.50
Mél: codes95@valdoise.fr
www.codes95.org

MAYOTTE

Pdt Ali Ahmed
cotes
Bâtiment du dispensaire
De Mitsarpère
97600 Mamoudzou
Tél. et fax: 0.269.61.36.04

SAINT-PIERRE ET MIQUELON

Pdt Dr Bourdeloux
DDASS
Rue Abbé Pierre-Gervain
BP 4200
97500 Saint-Pierre et Miquelon
Tél.: 0.508.21.93.23

NOUVELLE-CALÉDONIE

Dir. Dr Bernard Rouchon
Agence sanitaire et sociale
de la Nouvelle-Calédonie
16, rue du Général Gallieni
BP P4
98851 Nouméa Cedex
Tél.: 00.687.25.07.60
Fax: 00.687.25.07.63
Mél: bernard.rouchon@ass.nc

POLYNÉSIE FRANÇAISE

Dir. Dr R. Wonglat
Rue des Poilus-Tahitiens
BP 611 – Papeete
98601 Tahiti
Tél.: 00.689.42.30.30
Fax: 00.689.43.00.74



MÊME BIEN HABILLÉE LA CIGARETTE RESTE UN POISON

Paquets tendance,
cigarettes aromatisées...
l'industrie du tabac
est prête à tout pour
vous faire oublier que
**la cigarette tue plus de
6 000 femmes par an en France.**

31 mai - Journée mondiale sans tabac



tabac-info-service.fr

39 89 0.15€/min.

du lundi au samedi de 9h à 20h (depuis un poste fixe,
hors surcoût éventuel de l'opérateur).