numéro 384

Juillet-Août 2006 - 6 €

La Santé de l'homme

Promouvoir la santé des jeunes

Santé mentale : Aubervilliers travaille en réseau

Drogues : le mal-être des 15-25 ans

Suisse : des animateurs de santé pour les sourds

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

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

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

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

☐ Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
☐ Santé et travail, N° 355.
☐ Éducation à la sexualité, N° 356.
☐ Santé mentale, N° 359.
☐ La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
☐ Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.
☐ Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.
☐ L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, N°371.
☐ Améliorer la prévention des cancers, N° 375.
☐ Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? N° 376.

Je souhaite m'abonner pour :
☐ 1an (6 numéros)
☐ 2 ans (12 numéros)
☐ Étudiants 1 an (6 numéros)
Joindre copie R°/V° de la carte d'étudiant
☐ Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES
par ☐ chèque bancaire ☐ chèque postal

Nom _____
Prénom _____
Organisme _____
Fonction _____
Adresse _____
_____
_____
_____
Date _____

Signature

SH 384

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France

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

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

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**
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Christine Gilles et Florence Rostan** <christine.gilles@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
Rubrique internationale : **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 : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Soraya Berichi (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Laure Carrère**, **Dr Michel Dépinoy** (INPES), **Alain Douiller** (Codes du Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Hôpital de jour Montsouris du Cerep), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Marie-Claude Lamarre** (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), **Anne Laurent-Beq** (GRES Médiation santé), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Bernadette Roussille** (Inspection générale des affaires sociales), **Élodie Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif), **Sarah Vozelle** (Codes Meurthe - et-Moselle).

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Caractère** – 15002 Aurillac Cedex

ADMINISTRATION
Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 3e trimestre 2006.
Tirage : 10 000 exemplaires.

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

sommaire

numéro 384

Juillet-Août 2006

Qualité de vie

Atelier « santé-ville » d'Aubervilliers : un point de rencontre entre population et professionnels
Denis Dangaix 4

« Les problèmes de santé mentale sont le résultat de difficultés qui s'imbriquent »
Entretien avec Pilar Giraux 6

Aide à l'action

Cent vingt « comités » pour ancrer l'éducation pour la santé sur le territoire français
Philippe Lorenzo 8

« En matière de santé, on ne peut pas faire n'importe quoi »
Entretien avec Jean-Pierre Deschamps 9

La santé à l'école

À Albi, les étudiants initient les 8-12 ans à l'éducation pour la santé
Paul Falzon Monferran, Eunice Mangado 11

Dossier

Promouvoir la santé des jeunes

Éditorial

Jeunes et prévention
Philippe Lamoureux 14

Rôle des parents, estime de soi

La prévention, affaire de la société tout entière
Philippe Jeammet 15

Estime de soi et prise de risque : de quoi parle-t-on ?
Christine Ferron 19

De la périnatalité à l'activité physique chez les ados : regards croisés des professionnels

Promouvoir la santé des jeunes enfants
Nathalie Coulon 24

Éducation à la sexualité : du social à l'intime
Félicia Narboni 26

Formation des enseignants : développer l'éducation pour la santé
Christine Kerneur 29

Le rôle des pairs dans la santé des adolescents
Marc Schoene 32

Promouvoir l'activité physique à l'adolescence
François Dantoine 34

Enfants : mieux vivre avec une maladie ou un handicap
Isabelle Aujoulat 36

L'approche globale : la stratégie du Québec

Au Québec, tabac et cannabis vont de pair avec les ivresses ponctuelles
Yves Géry 38

Promotion de la santé : tenir compte de l'environnement social et familial
Réal Morin 39

Illustrations : **Cécile Gambini**

Éducation du patient

Les écoles de l'asthme, efficaces mais peu connues
Lydia Valdes, Carole Cretin, Roland Cash 40

International

Suisse : des animateurs de santé pour les sourds
Mylène Badoux 44

La santé en chiffres

Drogues : derrière la consommation, une demande d'aide des 15-25 ans
Charles Galand 47

« L'usage du cannabis est une forme de loisir transgressif »
Entretien avec Jimmy Kempfer 49

La Santé de l'homme

Atelier « santé-ville » d'Aubervilliers : un point de rencontre entre population et professionnels

Aubervilliers, en Seine-Saint-Denis, figure parmi les villes pionnières en programmes de santé publique destinés aux plus démunis. Depuis 2000, elle s'est dotée d'un atelier « santé-ville », avec en particulier des programmes de santé communautaire et de santé mentale bâtis à partir des données épidémiologiques locales et en concertation avec les habitants.

Le docteur Luc Ginot est un pragmatique. Sa quête constante, en tant que médecin de santé publique, responsable du service communal d'hygiène et de santé de la mairie d'Aubervilliers, en Seine-Saint-Denis, est la recherche d'un haut niveau de réponse aux problèmes de santé d'une population en majorité démunie. Il parle volontiers « d'apport méthodologique », de « construction de solutions communes », de « boîte à outils ». Et cette boîte à outils est, selon lui, l'atelier « santé-ville » (ASV). Cet atelier n'est pas le fruit d'une expérimentation locale. Il aurait pu l'être car cette ancienne ville ouvrière de la petite ceinture de Paris est très marquée santé publique. Au cours des années cinquante, par exemple, Aubervilliers mettait en place le service communal d'hygiène et de santé. Et, depuis une quinzaine d'années, d'importants crédits de fonctionnement sont affectés à la réalisation de nombreux programmes d'accompagnement en santé. *« Il y a des villes dans lesquelles un atelier "santé-ville" est évident. C'est notre cas,* explique le docteur Ginot. *En 2001 nous avons ajouté ce niveau supplémentaire d'action dans notre politique de prévention. »*

Réunir le sanitaire et le social

Les ateliers « santé-ville » ont été créés par le Comité interministériel des villes en décembre 1999. Les objectifs assignés vont de l'identification au niveau local des besoins spécifiques des publics en difficulté à la mobilisation et la coordination des différents intervenants et la diversification des moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins. De plus, les ASV doivent permettre de *« développer la participation active de la population à toutes les phases des programmes et favoriser la concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaires et sociaux concernés par ces programmes »*. Pourquoi alors cette image de boîte à outils, chère au docteur Luc Ginot ? Il répond par sa propre définition de l'atelier : *« C'est un lieu, une structure qui permet d'afficher un certain nombre de priorités, de les rendre visibles, de faire la jonction entre les grands programmes de santé publique et la logique de l'action territoriale. »*

Il faut dire que le contexte s'y prête. Aubervilliers a une population plutôt jeune (27 % ont moins de 20 ans) et connaît un fort taux de chômage (23 %) en lien avec un faible niveau de scolarisation et de formation. 51 % des chômeurs n'ont aucune formation ou peu (inférieur au CAP). Plus d'une famille sur dix bénéficie du RMI et un nombre important d'enfants est suivi par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Sur 1 297 communes que compte l'Ile-de-France, Aubervilliers occupe le 1 287e rang pour le revenu par habitant[1]. Enfin, lors du recensement de 1999, 30 % des 63 000 habitants étaient des personnes de nationalité étrangère. *« Nous avons installé avec l'ensemble des acteurs du sanitaire et du social cette démarche qui a débouché sur la mise en place de trois volets d'action : un volet que j'appelle tableau de bord consacré à l'analyse des données épidémiologiques existantes, un volet santé communautaire et, enfin, un volet santé mentale autour des problématiques plus psychosociales. »*

Croiser les informations de santé

La dynamique lancée dans le cadre de l'ASV à partir de 2000 a incontestablement fait bouger les choses. Se parler et s'écouter entre professionnels, d'une part, et entre habitants, d'autre part, permettent d'adapter les réponses aux problèmes nouveaux de santé. Si, au début des années 2000, Aubervilliers appliquait une politique d'éducation pour la santé en insistant sur la lutte contre les toxicomanies, la santé des jeunes, la planification familiale ou la psychiatrie de secteur par exemple, ce qui était « lacunaire » pour reprendre l'expression du docteur Ginot, restait conséquent. Ce professionnel pointait la santé participative, la connaissance territoriale, le champ santé mentale/santé publique.

Il existait des programmes et un système d'observation comme le programme « bien-être » – suivi par six cents enfants par an –, le programme « sexualité » – qui concerne mille cent jeunes par an –, des Points écoute jeunes, cinq centres de PMI, un réseau VIH/Tox, etc., mais il manquait un travail de croisement précis de ces informations, notamment avec les renseignements concoctés par les services de la santé scolaire.

Le tableau de bord s'est alors transformé et des indicateurs de santé correspondant à certains quartiers, à des

situations sociales ou « psy » ont été ajoutés. Il s'est étoffé avec des différentiels interquartiers, des informations sur des suivis. Peu à peu, un maillage de la ville s'est dessiné. *« Avec l'atelier "santé-ville",* insiste le docteur Ginot, *nous avons progressé sur la participation des habitants, sur les questions liées à la souffrance sociale ou la santé mentale et sur la méthode de travail interne. »*

Regard collectif sur les familles

En complément des programmes de santé publique, une sorte de panoramique local de la santé s'est créé. Il y a le quartier du Marcreux et son habitat dégradé, un espace malheureusement propice aux accidents de la vie courante en tout genre. Grâce à l'ASV, une Maison de bien-être et de santé est ouverte depuis le 8 mars 2003 (voir *La Santé de l'homme* n° 370). Ici se retrouvent des professionnels, des associations locales et des jeunes du quartier. Cette maison est un exemple du maillage actif de la ville car le fonctionnement se veut participatif. *« Une éducation à la citoyenneté*, explique le docteur Pilar Giraux, jeune psychiatre qui exerce au centre communal d'hygiène et de santé et responsable du secteur santé mentale (Voir entretien page suivante), *un faire ensemble, un regard collectif qui favorise le lien social. »* Il y a le projet Robespierre (Voir encadré ci-dessous), autre quartier et autre exemple de santé communautaire. Il y a aussi des ateliers de prévention de la violence et le lancement d'un projet de santé mentale jeune enfant. Ce programme, géographiquement conçu dans un quartier précis de la ville, le quartier Paul-Bert, est basé sur des visites à domicile renforcées, des ateliers réguliers entre parents et un soutien spécialisé. Il concerne des enfants de 0 à 3 ans confrontés à la précarité. Il est l'exemple même de l'apport de l'ASV en termes de santé. Car ce programme permet, par un soutien systématique autant professionnel et social, d'accroître les aptitudes des parents, de prendre des décisions pour préserver les liens familiaux tout en répondant aux besoins de santé.

Santé mentale, santé communautaire, approche transversale des questions de santé publique, appropriation des habitants de leurs situations sanitaires et sociales… Une dynamique est en marche. La « plus-value » de l'atelier « santé-ville » se trouve dans l'amélioration en santé participative, dans le soutien aux professionnels de terrain, dans la modification des relations avec les bailleurs, dans la création de bases de données communes. *« Nous sommes pleinement dans une démarche de prévention »,* résume le docteur Ginot.

Denis Dangaix
Journaliste.

Une pédagogie brésilienne pour Robespierre

Le quartier Robespierre d'Aubervilliers est un des lieux d'intervention du service communal d'hygiène et de santé. Pas d'équipements collectifs, une population socialement démunie, des situations environnementales et sanitaires difficiles, etc., le lieu préoccupe les professionnels de santé publique de la Ville. Dans le cadre de l'atelier « santé-ville », le docteur Pilar Giraux met en place une démarche participative empruntée à la méthodologie du Brésilien Paulo Freire, appelée « la pédagogie de l'opprimé ». Trois mots expliquent cette méthode : lister, dialoguer et agir. *« C'est simple,* explique, avec un sourire, la psychiatre colombienne. *Il faut par le maillage associatif et la présence des travailleurs sociaux lister des habitants, organiser le dialogue afin de passer, vite, à l'action. »* Une consultation a permis aux acteurs de terrain de mettre en évidence les problèmes qui leur paraissaient les plus importants dans leur quartier. L'accès aux soins, par exemple, l'aide médicale d'État et les difficultés administratives qui s'ensuivent. Pour les habitants ou leurs représentants, d'autres soucis apparaissent comme le prix des tickets de bus pour se déplacer, la propreté dans les lieux publics ou encore le manque de communication entre les groupes sociaux et l'impression d'être « mal considéré » dans ce quartier. Un comité de santé accueillant les professionnels et les représentants des habitants a été mis en place *« Cette confrontation voulue permet de mettre les pendules à l'heure,* raconte le docteur Pilar Giraux. *Mais, dans ce processus certes modeste que nous avons engagé, l'essentiel est que les gens se parlent. Se parler,* insiste la psy, *est non seulement un volet de santé mentale, mais relève aussi du respect de la dignité. »*

D.D.

1. Toutes les données chiffrées sont issues d'une note réalisée par le docteur Pilar Giraux.

Contact : Service communal d'hygiène et de santé – 31-33, rue de la Commune-de-Paris – 93000 Aubervilliers – Tél. : 01 48 39 52 78

Entretien avec le docteur Pilar Giraux, psychiatre, service communal d'hygiène et de santé d'Aubervilliers

« Les problèmes de santé mentale sont le résultat de difficultés qui s'imbriquent »

La Santé de l'homme : ***Pourquoi avoir mis en place une action sur le thème de la santé mentale ?***

Docteur Pilar Giraux : Tout a démarré en 2001 par un simple constat : alors que nous développons, dans le cadre de l'atelier « santé-ville », une démarche participative auprès des acteurs de terrain, nous nous apercevons rapidement que, au-delà de l'objectif d'animation d'une équipe plurielle intervenant dans le champ du social, de la santé, du scolaire, un double désir apparaît : celui d'une demande forte de reconnaissance de l'action de chacun et un besoin d'expression. Auparavant, tous les personnels de proximité portaient un regard global sur la ville, chacun intervenant dans son domaine de compétence en ignorant ou excluant les possibilités d'intervention commune. En réalité, cette démarche d'écoute et d'attention a généré des prises de parole et a fait surgir des situations psychosociales, de nouveaux besoins. Je suis psychiatre. J'ai toujours travaillé en santé publique. Je suis convaincue que nous nous trouvons bien dans une dynamique qui nous oblige à nous exprimer face à des situations difficiles en termes de santé mentale.

S. H. : ***La promotion de la santé mentale engendre donc une démarche. Mais, à vous entendre, on dirait qu'elle est d'abord interne ?***

S'il n'y avait pas eu notre structure d'atelier « santé-ville », la perception de ces nouveaux besoins aurait été plus difficile à mettre en évidence. Quels sont-ils ? Quand on interroge les acteurs de terrain de la ville, c'est bien pour évoquer les problèmes rencontrés. Le maître mot que l'on retrouve partout est « violence », que ce soit une violence en direction d'eux-mêmes dans l'exercice de leur métier ou que ce soit la violence dont sont victimes les publics qu'ils accompagnent.

S. H. : ***Quel est le public que vous rencontrez ?***

Il s'agit de gens en situation de grande détresse, de jeunes qui peuvent « péter les plombs » mais aussi et surtout qui s'isolent pour ne pas demander de l'aide *(Voir encadré ci-dessous)*. Il s'agit de personnes en difficulté, certaines d'entre elles sont atteintes d'un handicap – psychique ou moteur – et se retrouvent sans lien social, sans soutien, donc fragiles. Ou encore de personnes en situation de précarité, des familles monoparentales qui vont avoir du mal à vivre le système de soin, comme des familles étrangères, des primo-arrivants dans la pire des situations, c'est-à-dire sans papiers. Devant ces difficultés, que fait-on ? Eh bien nous cherchons la meilleure réponse en sachant que celle-ci ne sera peut-être pas dans le seul domaine de la santé, du social, ou de la psychologie, ou de la pédagogie… Nous sommes bien dans une autre démarche qui s'apparente à une approche globale de la personne.

S. H. : ***Concrètement, comment cela fonctionne-t-il ?***

Quand un professionnel ne sait pas prendre une situation par le bon bout, il est confronté à un risque : l'isolement. Et, en refusant de raconter à tout autre professionnel le cas qu'il est censé suivre, il va entrer dans une logique de

Deux situations, deux réponses

Monsieur X – gardons l'anonymat – est employé communal. Il souffre d'une maladie cardiaque ; faute de soins, des troubles circulatoires provoquent une lésion cérébrale. Monsieur X se retrouve seul, en maladie de longe durée. Perte d'activités, perte de lien social, il devient peu à peu la proie d'un marginal qui va « s'occuper » de lui. Le marginal va s'installer dans l'appartement de Monsieur X et, rapidement, bénéficier de sa carte de crédit. L'appartement se transforme en taudis et Monsieur X sombre, lentement mais sûrement, dans l'alcoolisme. Les services de la mairie, alertés par une assistante sociale, interrogent alors le Resad. Il est nécessaire d'intervenir. « *Cet exemple illustre une difficulté d'intervention,* commente le docteur Pilar Giraud. *La première décision que nous avons prise a été, avant un accompagnement sanitaire de Monsieur X, la mise en place de mesures juridiques afin que notre homme retrouve de l'autonomie. Il n'est pas certain,* ajoute la psychiatre, *que sans notre démarche collective, nous aurions pu proposer une première réponse de ce type.* »

Autre exemple de situation : trois générations d'une même famille vivent dans un même appartement dans un quartier qui accumule de nombreuses difficultés. Là encore, pas de lien social, pas de travail et des soucis pour la collectivité car cette famille trouve ses revenus dans une économie dite « parallèle ». La grand-mère est malade. La plus jeune des enfants, une adolescente, souffre de troubles de comportement. Comment faire en sorte que cette famille entre dans un processus de suivi est la principale interrogation du Resad. « *C'est par les deux bouts de la chaîne, la grand-mère et l'adolescente, que nous interviendrons* » explique le docteur Pilar Giraud. Une action qui démarre et qui s'annonce de longue haleine.

D.D.

« patate chaude » : ce n'est pas pour moi, c'est pour un autre service…, avec à la clé une absence totale de cohérence. Ce qui reste alors constant, c'est un sentiment de frustration. Pour pallier cela, nous avons créé, il y a cinq ans, une sorte de « rendez-vous » sous forme de réunions afin de traiter des situations concrètes.

Ce rendez-vous s'appelle le Resad ou réunion d'évaluation des situations d'adultes en difficulté. Il est composé d'un comité permanent où se retrouvent un psychiatre, un responsable du service social et un médecin. Le Resad se réunit une fois par mois, trois heures et il discute de trois situations. Chaque situation est présentée par l'un des professionnels de la Ville – y compris le représentant de l'office HLM – mais avec la permission de la personne ou de la famille concernée. Celle-ci n'est pas présente. Elle sait, en revanche, que les informations la concernant vont être partagées par les membres du Resad. Après la réunion, le professionnel qui a présenté le cas s'engage à restituer à la personne concernée ce qui aura été dit. Il est donc référent et sert de trait d'union avec les diverses interventions nécessaires. Tout cela est évidemment gratuit. Il est possible de présenter plusieurs fois le même cas lors de nos réunions. Ainsi, un cas a été examiné à sept reprises. J'ajoute un élément important : chaque année une évaluation est réalisée, ce qui nous permet de vérifier la pertinence de notre démarche.

S. H. : *Quels sont les principaux enseignements de cette expérience ?*

Il y a, selon moi, un meilleur niveau de recherche de la réponse spécifique pour une situation donnée. Souvent les cas suivis sont les résultats de difficultés qui s'imbriquent *(Voir encadré)*. Nous mettons alors le doigt sur des absences de solutions. Ce n'est pas seulement par ce qu'il n'existe pas de structures appropriées, c'est aussi parce que nous découvrons un cloisonnement spécifique de ces structures. Je suis psychiatre, pas pédopsychiatre, par exemple. Je citerai également la question des maladies neurologiques. Ces gens qui sont malades à vie sont dans une solitude extrême, dans une vulnérabilité totale. Nous n'avons pas de réponses adaptées. Cette expérience nous apporte un regard global, l'apport de chacun, avec une prise de conscience de la complexité de chaque cas.

Je souhaite enfin signaler deux points qui, selon moi, sont très forts : le premier est le lien avec l'habitat. Vous ne vous imaginez pas comme, parfois, le fait qu'un office HLM reloge les gens est une formidable solution à un diagnostic de santé mentale. Cette prise de conscience d'un acteur social est due aux échanges avec d'autres professionnels. Et puis, second point, l'idée de la prise de risque. On ose. Pourquoi ? Parce qu'on est ensemble. Le partage de responsabilités est très important dans le Resad.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

COMMUNIQUÉ

Education Santé

sommaire

n° 213 - juin 2006

Initiatives

Le Plan national nutrition et santé belge
Christian De Bock

Du pain sur la planche
Entretien avec Cristine Deliens

Où va notre alimentation ?
Christian Rémésy

Les consommateurs ont des perceptions très différentes de l'alimentation
le Crioc

La prévention chez les enfants précarisés
Carine Maillard

Help, pour une vie sans tabac

Le Mali donne des leçons en matière de soins de santé primaires
Jean-Sébastien Marsan

Lu pour vous

N'avalons pas n'importe quoi !
Christian De Bock

Prévention des chutes des personnes âgées

Données

L'enquête de consommation alimentaire en Belgique : enfin !

Brèves

Éducation 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. L'abonnement est gratuit en Belgique. Pour l'étranger, l'abonnement coûte 60 € pour 2 ans (22 numéros). Le paiement se fait uniquement par virement bancaire. L'inscription sera effective dès réception du formulaire d'abonnement disponible sur notre site à l'adresse http://www.educationsante.be/es/news letter/inscription.php?page=abo ainsi que d'une preuve de paiement.

Cent vingt « comités » pour ancrer l'éducation pour la santé sur le territoire français

Ils sont la cheville ouvrière de l'éducation pour la santé sur le territoire français : les cent vingt « comités », qu'ils soient régionaux ou départementaux, mettent leur expertise (documentation, conduite de projet, formation, etc.) à la disposition des décideurs et des professionnels. Comme l'indique une récente étude, ce sont les professionnels de la santé, de l'enseignement et du social qui représentent leur cœur de clientèle. L'essentiel de leur activité concerne la nutrition, le tabac et les drogues, l'approche de santé globale.

Imaginaient-ils, en 1937, les fondateurs de l'Association départementale d'éducation pour la santé (Ades) du Rhône, que soixante-dix ans plus tard, un réseau de quelque cent dix associations allait mailler l'ensemble du territoire, y compris l'outre-mer ?

Associations, comités ou collèges, les appellations portent encore les traces de l'histoire locale mais tous se reconnaissent comité régional (Cres) ou départemental (Codes) d'éducation pour la santé.

Après le Rhône, les premières structures d'éducation à la santé sont donc créées lors de la décennie 1940-1950, puis la création de comités s'accélère à travers la France dans les années 1980-1990, la troisième vague de créations est observée depuis 2000. Au total, ces structures sont plutôt jeunes puisque 60 % des comités ont vu le jour après 1980.

Que font ces comités ? Quels professionnels y travaillent ? En 2004, la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes) a largement participé à l'enquête auprès des comités lancée par l'INPES avec l'institut de sondage BVA. Cette enquête dessine une typologie à trois niveaux : comités départementaux (Codes), comités régionaux (Cres), et enfin comités à la fois régionaux et départementaux (Cres-Codes), résultant le plus souvent de la fusion entre les comités régional et départemental du chef-lieu de région.

Des financements peu pérennes

En 2003, le réseau des comités d'éducation pour la santé compte sept cents salariés et représente un budget global de quarante millions d'euros. Le budget d'un comité et le nombre de salariés varient selon l'ampleur du territoire couvert, la fourchette moyenne se situe entre deux cent trente mille (avec 5,4 salariés en équivalent temps plein) et cinq cent cinquante-cinq mille euros pour 8,2 salariés temps plein.

Lorsque l'on agrège les financements au niveau national, l'État est le financeur majoritaire (51 % de l'ensemble des financements), viennent ensuite les collectivités locales et territoriales (16 %), les organismes de protection sociale (14 %). Les 18 % restants sont financés par des organismes divers, incluant les dispositifs d'aide à l'emploi ; une part minime est prise en charge par l'Union européenne (0,5 %), notamment dans le cadre des projets Interreg (programme de coopération entre les régions des vingt-cinq pays de l'Union européenne).

Cependant, aucun de ces financements n'est pérenne : l'essentiel est constitué de fonds alloués dans le cadre d'appels à projets. Ainsi, les comités consacrent-ils un temps important à rechercher leur financement et ce, au détriment des actions à mener sur le terrain.

Un réseau généraliste en éducation pour la santé

Des comités, pour quoi faire ? La vocation des premières structures a été la diffusion d'affiches ou de dépliants comme relais des campagnes nationales. Leur professionnalisation forte qui débuta dans les années quatre-vingt sous l'égide du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a ouvert d'autres perspectives qui s'organisent aujourd'hui autour de quelques grands pôles de compétence : accueil, documentation, formation, accompagnement méthodologique, animation, communication ou encore recherche.

L'analyse de l'enquête de l'INPES montre des disparités dans l'accomplissement de ces activités selon le type de comité. Tous les comités gèrent un centre de documentation, soit directement, soit de manière mutualisée. Il est l'assise de la structure et permet l'accueil du public, la diffusion d'outils pédagogiques, ainsi qu'une porte d'entrée efficace vers les autres activités.

15 % des salariés des comités sont occupés à cette tâche, un peu plus en ce qui concerne les comités départementaux, ce qui témoigne de leur nécessaire proximité territoriale. Dans

certains cas, des centres documentaires à l'échelon d'une commune ou d'un ensemble de communes ont même été développés par les comités.

La seconde activité exercée dans pratiquement tous les comités (neuf sur dix) est la conduite de projets et l'accompagnement méthodologique. Elle occupe 50 % des effectifs quel que soit le type de comité. La troisième activité est la formation des professionnels et des bénévoles, qui mobilise 15 % du personnel. 90 % des Cres font de la formation contre 75 % des Cres-Codes et 61 % des Codes. À l'inverse, 91 % des Codes font de l'animation pour 40 % des Cres. Enfin, la communication (utilisation des nouvelles technologies, création d'outils) et la recherche sont deux autres activités phares que l'on retrouve dans les Cres et les Cres-Codes.

Experts de l'éducation pour la santé dans leur territoire, les comités déploient leurs activités en fonction des priorités nationales mais surtout locales via les politiques régionales. Cependant, des lignes de force apparaissent selon les territoires.

Les professionnels qui viennent rechercher cette expertise sont de la santé (33 %), de l'enseignement (28 %), et du social (21 %). On observe en particulier des liens forts entre professionnels de santé et Cres, et entre enseignants et Codes et Cres-Codes.

Les adolescents et les jeunes adultes sont les premiers publics auprès desquels intervient l'ensemble des comités, viennent ensuite les enfants (10 %), les femmes adultes (10 %) ou encore les patients (8 %), mais également les populations en difficulté.

Le tabac et la nutrition sont les premières thématiques développées par 44 % des comités. L'approche en santé globale (38 % des comités) puis l'alcool et l'usage de drogues (28 % des comités) viennent ensuite. Ce sont les Codes qui sont le plus investis dans la prévention du tabagisme, une conséquence de la politique des « emplois-jeunes tabac » mise en œuvre au cours des dernières années par le CFES, devenu l'INPES, et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) ; mais ce programme arrive à son terme.

En conclusion, cette enquête montre la richesse et la diversité du travail des comités d'éducation pour la santé. Ancrés dans les territoires, ils constituent des pôles de ressources et d'expertise que peuvent utiliser les décideurs et les acteurs de terrain. Par ailleurs, dans la majorité des régions, les comités sont impliqués dans la mise en place des nouveaux « pôles de compétence » en santé publique et en éducation pour la santé ; un objectif qui est inscrit dans les récentes lois de santé publique. Ces pôles sont ainsi les garants d'un véritable service public d'éducation pour la santé.

Philippe Lorenzo
Directeur du comité régional d'éducation pour la santé de Picardie,
Vice-président de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes).

Ont participé à l'analyse et à la rédaction du rapport à la base de cet article :
Sandrine Hannecart, Craes-Crips Aquitaine
Christophe Herbster, Craes-Crips Rhône-Alpes
Romuald Leclerc, Cores Basse-Normandie
Philippe Lorenzo, Cres Picardie
Vincent Thomas, Craes-Crips Rhône-Alpes.

Entretien avec Jean-Pierre Deschamps, président de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)

« En matière de santé, on ne peut pas faire n'importe quoi »

La Santé de l'homme : ***Qu'est-ce que la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes) ?***

Jean-Pierre Deschamps : La Fnes est la réunion des comités régionaux (Cres) et départementaux d'éducation pour la santé (Codes) qui travaillent sur le territoire métropolitain et dans les Dom-Tom. Actuellement sur les cent vingt Cres et Codes recensés, cent dix sont membres de la Fédération. Nous regroupons donc quasiment l'ensemble des comités. Lors de la création de l'INPES, en 2002, l'Institut n'a pas hérité de la mission d'animation du réseau de ces comités, mission qui était précédemment dévolue au Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Les comités se sont retrouvés ainsi un peu seuls, perdant non pas leur tutelle car le CFES ne l'exerçait pas, mais leur structure de rassemblement et de référence au niveau national. Il y avait donc un besoin de recréer quelque chose qui puisse être l'interlocuteur de l'INPES pour tout ce qui concerne la diffusion et la démultiplication des actions d'éducation pour la santé sur le terrain. La Fédération a vu le jour dès 2003. Elle a pour mission principale l'animation de ce réseau.

S.H. : ***Parlons de ce réseau : en 2005, la Fnes a piloté un travail d'inventaire des structures et des activités des Cres et Codes. Que retenez-vous comme principal enseignement ?***

Ce travail, réalisé avec l'INPES, nous a montré d'abord la force que nous regroupons. Au moment où cet inventaire a été fait, c'est-à-dire en 2004, nous avons relevé huit cents professionnels environ œuvrant dans l'ensemble des comités. Ce qui est considérable. Huit cents personnes dont l'activité est dédiée à la prévention et à l'éducation pour la santé. Je dis souvent que la Fnes est sans doute la première entreprise de prévention en France. Et puis, chaque comité étant indépendant et ayant son propre conseil d'administration, ce sont plusieurs milliers d'administrateurs qu'il

faut ajouter. Notre réseau est donc lié à d'autres maillages plus thématiques. Mais la Fnes est le seul réseau généraliste au niveau national si l'on excepte celui de la mutualité.

S.H. : *Concernant les activités, des nouvelles thématiques sont-elles apparues ces dernières années ?*

Les thèmes d'activité ne sont pas nouveaux. On s'occupe toujours du tabac, de l'alcool, de l'alimentation, de l'hygiène de vie – pour prendre un terme ancien –, de santé mentale… Mais permettez-moi de rappeler que les comités ne doivent pas être considérés comme des acteurs thématiques. Dans la charte de la Fnes, nous avons une référence forte à la promotion de la santé (charte d'Ottawa). Dans cette optique, l'éducation pour la santé n'est pas seulement thématique. Il s'agit réellement de promouvoir la santé des personnes. Nous travaillons plus globalement avec des populations. Certes, il y a des populations qui sont apparues dans le champ de nos actions ces dernières années. Comme les populations vivant dans un statut précaire, les personnes âgées, les personnes ayant un ou des handicaps. Cette politique de promotion de la santé plutôt nouvelle pour nos comités nous engage à agir non seulement auprès de ces publics mais aussi, et surtout, au niveau des responsables institutionnels et des élus territoriaux. Il est plus important aujourd'hui de travailler avec des enseignants ou avec des chefs d'établissement que de venir faire un discours aux enfants. Car ce n'est pas le métier des éducateurs de santé. Parler aux enfants, c'est le métier des enseignants. En revanche, parler aux enseignants, c'est notre métier.

S.H. : *La Fnes a-t-elle une place particulière dans le cadre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sres) ?*

Nous sommes un réseau d'associations de prévention et de professionnels formés qui, comme je le disais précédemment, ont une compétence reconnue dans l'éducation pour la santé. Nous avons donc des références en matière de méthodologie. Les schémas régionaux d'éducation pour la santé ont été mis en place par une circulaire de 2001 et confirmés depuis par la loi Kouchner, en 2002. Ces schémas prévoient la mise en place de pôles de compétence. Les comités régionaux répondent parfaitement à ce besoin, et ont massivement été désignés comme pôles de compétence au terme d'un appel d'offres mené par l'INPES. Ils conseillent méthodologiquement et ils accompagnent techniquement. Ils mettent à disposition leurs potentiels documentaires et cela, pour l'ensemble des acteurs de terrain en éducation pour la santé.

S.H. : *Quelles perspectives s'ouvrent aujourd'hui aux comités ?*

Une remarque et un souhait. J'ai connu l'éducation pour la santé traditionnelle, que j'appelle militante. Et cette militance passait avant les méthodes. Eh bien, en matière de santé, pour des raisons techniques et éthiques, on ne peut pas faire n'importe quoi. Il faut s'appuyer sur des méthodes. Il faut que l'on puisse évaluer autant ces méthodes que les résultats. C'est aussi pour cela que nous avons des compétences. Je souhaite, enfin, de l'État, une affirmation plus claire de son intérêt pour la prévention sur le terrain. Nous avons des signes forts, de la part des services de l'État, en particulier de la direction générale de la Santé. Mais il n'en reste pas moins que faire vivre nos associations relève d'un exploit permanent. L'absence de stabilité financière à moyen terme est préjudiciable pour de nombreuses associations. Et cela risque à la longue de nuire à la qualité du travail. Au-delà des grandes campagnes orchestrées par l'État, par l'INPES, ce qui est fondamental par ailleurs, nous avons besoin des relais indispensables sur le terrain que sont les associations. Je souhaite qu'elles soient mieux reconnues.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)
Immeuble Étoile Pleyel
42, boulevard de la Libération
93200 Saint-Denis
Tél. : 01 42 43 77 23
Fax : 01 42 43 79 41
Mél. : fnes@fnes.info
www.fnes.info

COMMUNIQUÉ

À Albi, les étudiants initient les 8-12 ans à l'éducation pour la santé

Pendant deux heures, après la classe, des étudiants, notamment élèves infirmiers, animent des ateliers d'éducation pour la santé pour des élèves du primaire. Ces derniers choisissent les thèmes et effectuent eux-mêmes les recherches. Cette initiative de l'Association de la fondation étudiante pour la ville (Afev) se déroule sur douze sites en France. Reportage à Albi.

Comment aborder avec des enfants du primaire des thèmes aussi difficiles que le sida ou le cancer ? Dans le cadre du projet : « Les volontaires de la santé » (VDS), initié par l'Afev, une équipe d'étudiants dont des élèves infirmiers d'Albi mène une action d'éducation pour la santé depuis deux ans.

L'idée forte de l'action est de valoriser le potentiel de la mobilisation d'une partie de la jeunesse en voie d'exclusion sociale (les actions sont toutes menées en zones d'éducation prioritaire ou dans les zones urbaines sensibles) en faisant appel à des étudiants dont de futurs infirmiers, autrement dit, des jeunes en voie d'intégration professionnelle.

© CHEVALIER VIRGINIE/OREDIA

Les étudiants qui interviennent en tant que bénévoles sur VDS sont formés par des professionnels aux valeurs et à la méthodologie de l'éducation pour la santé et sont sensibilisés, comme les autres étudiants qui accompagnent des enfants en difficulté à l'Afev[1], aux enjeux de la lutte contre les diverses formes d'inégalités (sociales, scolaires, culturelles, de santé, etc.).

L'action se déroule sur trois écoles de la ville ciblées en raison des problématiques sociales et sanitaires repérées par les partenaires de l'Afev ; cette action s'insère dans le dispositif des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

Le projet est présenté en début d'année aux enfants et familles en collaboration avec les enseignants. Les enfants adhèrent au projet sur la base du volontariat. Une fois par semaine, des groupes de cinq à douze enfants de primaire se retrouvent après la classe pour deux heures de discussion, d'information et de recherche sur des thèmes qu'ils ont choisis. L'idée étant de leur faire appréhender la notion de santé au sens large de « bien-être physique, mental et social » telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé.

« *Lors de la première séance, les enfants votent pour les sujets qui les intéressent parmi ceux que nous leur avons suggérés,* explique Aurélie Gilly, l'une des élèves infirmières qui animent ces ateliers. *Ce qui est frappant, c'est qu'ils ont surtout envie de parler des maladies, et pas des autres sujets que nous leur suggérons, comme l'alimentation ou le tabac.* » Un choix qu'Aurélie explique par « *la réactivité des enfants* » à ce qu'ils entendent à la télévision ou dans leur famille : « *Certains élèves ont absolument voulu travailler sur la grippe aviaire. Ils notaient même sur une carte d'Europe la progression des oiseaux !* » Le chikungunya a ainsi fait partie des autres maladies abordées.

Potentiel de curiosité

Une fois les thèmes choisis, les enfants se divisent en petits groupes de deux ou trois et approfondissent un sujet durant plusieurs semaines.

« Ce sont eux qui effectuent les recherches dans les livres ou sur le Net, et qui choisissent le mode de présentation, détaille Aurélie. *Nous sommes là pour vérifier si les informations et les mots choisis sont corrects, et pour leur offrir un cadre sécurisant. L'autonomie est un objectif important de cette action, et les enfants en sont ravis : on leur offre, quelque part, ce dont ils manquent parfois en classe : le choix de ce qu'ils apprennent et de la méthode. »* L'action mise beaucoup sur le potentiel de curiosité des enfants. Ils se sentent concernés par les sujets qu'ils ont choisis, à partir de là, la discipline et l'écoute se font tout naturellement dans les séances. Les outils de sensibilisation réalisés par les enfants peuvent prendre la forme de jeux de questions-réponses, de chansons ou même de contes. L'un des groupes a ainsi rédigé plusieurs nouvelles sur des enfants du même âge touchés l'un par la maladie des os de verre, l'autre par la maladie des « enfants de la lune ». Plus classiques, certaines recherches sont présentées sous forme de panneaux, exposés ensuite aux autres enfants et, pour l'une de ces écoles d'Albi, aux habitants du quartier.

L'un des objectifs principaux de ces ateliers d'éducation pour la santé est, en effet, de rendre les enfants « vecteurs de santé » et leur permettre d'influer sur leur entourage. *« Il y a un bon impact en termes de santé publique,* estime Aurélie. *Au niveau du groupe d'abord, avec les élèves qui participent à l'activité. Ensuite, au niveau des familles : les enfants parlent avec leurs parents, leurs frères, leurs amis. On peut vraiment espérer toucher un large public. »* Les familles jouent le jeu : quand une infirmière a présenté un préservatif au groupe travaillant sur les infections sexuellement transmissibles, certains parents sont venus demander des précisions, mais aucun n'a protesté.

Du Tarn au Val-d'Oise en passant par l'agglomération lyonnaise, les « Volontaires de la santé » est un projet aujourd'hui développé sur une douzaine de sites en France, et soutenu notamment par le ministère de l'Éducation nationale et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Paul Falzon Monferran
journaliste,
Eunice Mangado
coordination nationale du projet « Volontaires de la santé », chargée de mission, Afev, Paris.

Contact : Eunice Mangado – Pôle national de l'Afev – Tél. : 01 40 36 01 01
eunice.mangado@afev.org
Pour en savoir plus : www.afev.org

1. L'Afev mobilise aujourd'hui cinq mille étudiants dans des actions d'accompagnement auprès d'enfants en difficulté issus des quartiers prioritaires. La plupart des accompagnements sont individualisés et centrés sur l'approche éducative. Le projet « Volontaires de la santé » est le seul qui se situe dans le champ de l'éducation pour la santé.

EN BREF

Des propositions pour améliorer le climat dans lycées et collèges

Quels sont les facteurs qui influent sur le climat régnant dans les établissements scolaires ? Georges Fotinos, ancien inspecteur général de l'Éducation nationale, met en évidence l'importance des facteurs internes – en particulier les conditions de travail et la qualité de vie des enseignants, de l'équipe éducative et des élèves – dans l'évolution du climat de chaque établissement. S'appuyant sur une étude réalisée auprès de mille trois cent vingt-six chefs d'établissements, il propose une triple stratégie : améliorer les structures d'accueil et la qualité de vie générale dans les établissements, développer le « management » éducatif, travailler sur la « qualité de vie professionnelle » des personnels.
Sur l'amélioration des structures d'accueil, il préconise de développer des établissements à taille plus petite, de construire systématiquement des équipements sportifs et culturels, de développer la mixité sociale, de mettre en œuvre une pédagogie de prévention des conduites à risque, d'accroître le nombre des personnels de santé. Autant d'axes d'amélioration bien connus, sur lesquels nombre d'établissements œuvrent au quotidien. Parmi les priorités, il recommande : d'améliorer la restauration scolaire (facteur clé de socialisation qui influe sur le climat d'un établissement) ; de dépasser la participation souvent formelle des parents d'élèves pour mettre en place un véritable partenariat éducatif ; de donner une vie réelle aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc), qui existent dans 84 % des établissements mais sont parfois des coquilles vides.
Concernant le management éducatif et les conditions de travail des personnels, Georges Fotinos met l'accent sur l'amélioration de la qualité des relations entre l'équipe éducative et les élèves, et le développement de pratiques de gestion des crises. 81 % des personnels de direction des établissements se déclarent de plus en plus soumis au stress et 76 % estiment que le niveau de stress de leur personnel a augmenté au cours des dernières années ; l'auteur propose en particulier d'effectuer un travail autour de l'emploi du temps mobile, centré sur la progressivité des apprentissages adapté au rythme de l'élève.

Fotinos G. *Le climat scolaire dans les lycées et collèges.* État des lieux - Analyse - Propositions. Paris : MGEN, 2006 : 123 p.

Troubles du langage : informer les professionnels

En France, 4 % des enfants sont atteints de troubles du langage. Pour développer l'information des professionnels et des familles, l'INPES a publié un ouvrage explicatif intitulé *L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble.* Ce document rédigé par un professionnel est disponible sur demande et intégralement accessible à partir du site Internet de l'Institut. Sur ce même site, la rubrique consacrée aux troubles du langage vient d'être étoffée avec la mise en ligne de l'intégralité du dossier que *La Santé de l'homme* avait consacré à cette thématique dans son n° 381.

Pour accéder à ces documents : www.inpes.sante.fr puis Espaces thématiques, Troubles du langage.

numéro 384

Juillet-Août 2006

Promouvoir la santé des jeunes

Éducateurs pour la santé, chargés de projets, infirmières, médecins dans les communes ou les conseils généraux, psychologues, formateurs, etc. Les huit cents professionnels qui ont assisté aux Journées de la prévention organisées par l'INPES, fin mars 2006, représentaient des métiers de la santé, de l'éducation et du social, soit un échantillon assez représentatif des professionnels qui travaillent en promotion et en éducation pour la santé. Face à eux, une cinquantaine d'experts ont présenté leurs travaux, leur pratique quotidienne, leurs analyses. En plus des six sessions thématiques dont nous rendons compte dans ce numéro, une table ronde a permis à des spécialistes (parmi lesquels Marie Choquet, directrice de recherche pour l'Inserm, la psychiatre Viviane Kovess pour la MGEN…) de débattre autour de la thématique « Enfants et jeunes, quelles perspectives pour la promotion de la santé ? ».

Ce dossier permet d'entrer dans le contenu des différents ateliers. Comme en 2005, l'INPES a fait le choix de mettre en ligne l'intégralité des présentations et les échanges avec les participants. Parmi les multiples priorités mises en avant lors de ces débats, la question de l'évaluation est ressortie fortement, nombre d'intervenants soulignant qu'il est possible – et hautement souhaitable – d'évaluer davantage les actions de promotion de la santé, d'autres exprimant leur réserve par rapport à une stratégie d'évaluation qui deviendrait obsessionnelle et empièterait sur le temps nécessaire à la mise en œuvre des programmes et des actions. Autre thème récurrent, celui des moyens financiers, où là aussi les échanges se poursuivent entre ceux qui soulignent que les moyens manquent pour les porteurs locaux de projets et d'autres qui, tout en partageant cette inquiétude, mettent en avant les moyens financiers croissants alloués aux appels à projets d'éducation et de promotion de la santé, dont ceux de l'INPES.

Et maintenant ? La troisième édition de ces Journées se tiendra les 29 et 30 mars 2007 à Paris, les thèmes traités seront choisis en lien avec plusieurs partenaires de l'INPES : Assurance Maladie, associations de patients, Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes), Fédération nationale de la Mutualité française, Société française de santé publique (SFSP), Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), Éducation nationale, Jeunesse et Sports… Parmi les thèmes envisagés à ce stade pour cette édition 2007, l'on trouve la périnatalité, la formation des professionnels, l'éducation à la santé et à la citoyenneté, l'éducation thérapeutique du patient, la place de la prévention dans le parcours de soins. Un avant-programme sera disponible à partir de décembre et les inscriptions seront ouvertes à partir de janvier 2007 sur le site Internet de l'INPES.

Yves Géry

Dossier coordonné par **Yves Géry**

édito

Jeunes et prévention

En France, 6,4 % des dépenses actuelles de santé sont consacrées à la prévention au sens large, incluant le dépistage et une partie de la prise en charge du patient, selon une étude que viennent de publier l'Irdes et la Drees[1]. C'est à la fois non négligeable et insuffisant. L'INPES a pour mission de participer au développement d'une culture de prévention et d'éducation pour la santé dans l'Hexagone. Au-delà, nous œuvrons à la mise en place d'actions concrètes dans ces domaines, en apportant en particulier un soutien aux professionnels. C'est notre tâche quotidienne, en liaison permanente avec les réseaux et les acteurs territoriaux. Si beaucoup reste à faire, les actions mises en place sur le terrain sont la preuve du travail qui n'en est pas moins accompli, sans bruit, au quotidien. Les 2es Journées de la prévention, organisées par l'INPES en mars dernier à la Mutualité à Paris, ont illustré ce foisonnement d'initiatives et de programmes.

« L'action de l'INPES n'a de sens que si elle est articulée avec l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et éducatif. »

Pour cette seconde édition, nous avions retenu comme thème « Promouvoir la santé des enfants et des jeunes. Sept ateliers ont permis d'aborder les thématiques suivantes : estime de soi, promotion de la santé chez les jeunes enfants, éducation à la sexualité, éducation par les pairs, développement des compétences en éducation pour la santé des professionnels de l'éducation nationale, promouvoir la santé physique à l'adolescence, mieux vivre avec une maladie ou un handicap chez l'enfant. Pourquoi avoir choisi « enfants et jeunes » ? Parce que depuis plusieurs années, l'INPES a engagé des travaux en vue de développer une approche populationnelle de promotion de la santé des jeunes et des adolescents. Or cette action n'a de sens que si elle se trouve articulée avec l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et éducatif, au premier rang duquel les associations jouent un rôle absolument primordial.

Premier constat, la prévention est plus que jamais d'actualité, comme en témoigne le succès de ces Journées : huit cents professionnels y ont assisté. Un questionnaire de satisfaction nous a permis de constater que 60 % des personnes interrogées se déclaraient « satisfaites » du contenu présenté. Notre « grand invité » était le professeur Philippe Jeammet, psychiatre de renom et praticien reconnu, également président de l'École des parents et des éducateurs d'Ile-de-France, dont l'essentiel de l'intervention[2] est retranscrite dans ce dossier. Philippe Jeammet a dressé le cadre de l'ensemble des interventions de promotion de la santé à mettre en œuvre auprès des adolescents, se fondant sur plus de trente années d'expérience.

Chaque atelier a ensuite permis d'approfondir le débat. Ce dossier de *La Santé de l'homme* synthétise ces deux journées d'échanges. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons demandé aux modérateurs des ateliers et à des intervenants de présenter l'essentiel de ces échanges. Nous avions, par ailleurs, convié des professionnels d'autres pays, la francophonie étant particulièrement bien représentée avec des experts venus de Belgique, de Suisse et du Québec, qui ont souligné certaines de nos réalisations en matière de prévention, tout en montrant la voie dans un certain nombre de domaines. Enfin, une table ronde réunissant des spécialistes de l'adolescence et des experts en santé a clôturé ces Journées. À travers ce dossier, c'est l'ensemble des intervenants mais aussi des participants que je souhaite remercier, ce numéro de *La Santé de l'homme* permet de faire circuler cette précieuse expertise. Bonne lecture !

Philippe Lamoureux
Directeur général de l'INPES.

1. « En 2002, la France a consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % de la dépense courante de santé, la moitié étant destinée à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, le quart au dépistage des maladies et un autre quart à la prise en charge des facteurs de risque ou des formes précoces des maladies ». *In : Fénina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C.* Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Questions d'économie de la santé n° 111, série « Analyse » de l'Irdes, 2006 : 8 p.*
2. Les actes du colloque sont disponibles en intégralité sur le site de l'INPES : www.inpes.sante.fr /Rubrique Journées de la prévention.

La prévention, affaire de la société tout entière

Philippe Jeammet, psychiatre, président de l'École des parents et des éducateurs Ile-de-France était le « grand témoin » des Journées de la prévention. Il suit des adolescents depuis près de quarante ans. Voici une synthèse de son intervention. Pour lui, il faut repenser la prévention, qui doit être parentale, adulte et sociale en même temps. S'ils ne se nourrissent pas auprès des adultes, les *« jeunes se dévalorisent, ne peuvent plus s'arc-bouter contre les autres, un peu comme une maison qui n'aurait plus d'intérieur. Ces jeunes qui vont mal s'étayent dans l'opposition, avec le sentiment qu'il n'y a rien de solide à l'intérieur. »*

Cela fait presque quarante ans que je m'occupe des adolescents. Dans la période de flottement du passage entre le confort de l'enfance et la recherche d'une voie adulte, l'adolescent va être en recherche de lui-même, ce qui va le rendre particulièrement dépendant de son environnement. Et, plus on est en insécurité intérieure, plus on sera dépendant de l'environnement. Dans ce contexte, la prévention est fondamentale, et c'est le devoir basique des adultes que de se soucier – au sens profond – de l'attention portée à l'enfant et à son devenir. À la fois tout se prépare dans l'enfance et tout reste jouable ensuite. Tant qu'il y a de la vie, il n'y a pas de fatalité totale, on peut se libérer. Il n'empêche que ce sera beaucoup plus difficile si on est déjà pris dans un engrenage négatif. D'où l'importance du développement. Il est important de penser la prévention en termes d'un message adressé par les adultes à leurs enfants. Ce n'est pas simplement une liste d'informations, un constat d'expert sur ce qui peut préserver la santé. Ce qui fait de tout adulte un éducateur en puissance pour un jeune, c'est l'attente qu'a cet enfant, ou cet adolescent, de chercher à se nourrir de ce qui lui manque. Qu'on le veuille ou non, cette attente fait d'un adulte un modèle potentiel, pourvu d'une fonction éducative. Nous ne pouvons pas nous réfugier dans notre fonction d'expert. Le grand problème de la prévention, ce sont les adultes et quel message nous voulons faire passer.

C'est la raison pour laquelle je suis heureux que l'INPES n'insiste pas uniquement sur le catalogue des risques qui menacent les enfants et les adolescents. La vie est faite de tensions, c'est ce qui permet une certaine créativité. Nous ne pouvons donc pas centrer la prévention uniquement sur les dangers, il faut au contraire la positiver, et la motivation des adultes me semble importante.

Insécurité et mauvaise estime de soi

Nous avons certaines contraintes qui nous viennent de l'animal ; comme tout être vivant, l'être humain se nourrit de l'échange. Par rapport à l'animal, l'être humain a conscience de lui-même : cette conscience va totalement changer les choses. Elle va sérieusement compliquer cette nécessité, pour nous comme pour tout autre être vivant, de nous nourrir des autres. Et comme nous avons conscience de nous-même comme un être unique, comment être soi si nous devons nous nourrir et apprendre des autres, et éviter d'être le clone des autres ? D'où tout le drame et l'intérêt de ce qui fait de nous des hommes. C'est-à-dire que ce dont nous avons besoin devient également une menace pour notre autonomie. L'adolescence est le moment par excellence où l'on est confronté à ce paradoxe, où ceux qui sont le plus en insécurité ont une mauvaise estime d'eux-mêmes, n'ont pas confiance en eux. Ils vont être en attente de recevoir de l'extérieur, notamment de leurs objets d'attachement, c'est-à-dire les parents, les adultes, cette force, cette sécurité faite d'éléments très imprécis qui vont les remplir, avec la sexualisation que génère inévitablement une telle attente aussi. Ils vont avoir besoin de se nourrir notamment des avis et des conseils des adultes.

Développer ses potentialités

Mais ce besoin est si grand qu'ils vont le ressentir comme un pouvoir donné aux adultes sur eux. C'est ce qui fait le charme et la complexité des relations amoureuses. Si on a trop besoin de l'autre, l'autre prend un pouvoir sur nous, et à ce moment-là la tentation est de refuser ce pouvoir et donc de se priver de ce dont nous aurions besoin, ce qui nous rend de plus en plus dépendant. Cet engrenage est pour moi au cœur de la question de la prévention. Il s'exaspère au moment de l'adolescence mais il commence avant et persiste après. Le grand problème de la prévention, c'est de permettre à un enfant de se nourrir de ce dont il a besoin tout simplement, c'est-à-dire de développer ses potentialités physiques, intellectuelles, affectives, relationnelles.

Ce besoin de nous nourrir est une contrainte qui peut sembler contradictoire avec le besoin de se différencier. Le pédiatre et psychanalyste anglais Winnicott a eu ce trait de génie de mettre en exergue ce paradoxe selon lequel pour qu'un enfant ait l'impression de

créer son environnement il faut que l'environnement soit déjà présent. Pour créer ses objets de désir, d'attachement, il faut que la mère soit déjà là. Et, si celle-ci s'adapte bien aux besoins de l'enfant – ce qui demande de la fiabilité, des capacités d'adaptation –, l'enfant ne sent pas qu'il a besoin de sa mère, il sent que le monde est plutôt bien fait. J'ai besoin de quelque chose, je crie, et j'apprends. Et je ne me pose pas la question de mon impuissance, de ma dépendance, j'ai des besoins et ils se satisfont. Et, comme je suis dans la fiabilité, je commence à faire confiance, et comme je fais confiance je peux attendre, et comme je peux attendre j'apprends que j'ai des ressources. Je crois que cette triade est fondamentale en matière de prévention. Il faut avoir confiance pour pouvoir attendre et pendant que l'on attend, on utilise ses capacités, ses ressources intérieures entièrement dépendantes de la qualité des liens avec l'entourage, mais qu'on ne ressent pas comme une dépendance parce que cet entourage s'est bien adapté à nos besoins. En attendant que maman arrive avec le biberon, l'enfant suce son pouce, il joue avec son nounours, il babille, puis se met à utiliser son appareil psychique, il peut attendre et il apprend qu'il a des ressources. Si régulièrement la maman prévient toute demande de l'enfant ou le fait attendre désespérément des heures, il va sentir qu'il est impuissant et qu'il est dépendant. Ce qui crée une relation d'insécurité qui, au moment des expériences de séparation, donne lieu à trois prototypes : l'enfant anxieux, le sécure et le dépendant.

Confiance en les autres, confiance en soi

Quand l'enfant est dans une relation de sécurité suffisante, lorsque sa maman le quitte pour le mettre à la crèche, pour aller se coucher, il va utiliser ses ressources, à condition bien sûr qu'il retrouve sa maman. Et le traumatisme, c'est quand elle ne revient pas pour une raison ou une autre, quand la confiance a été trahie par un adulte et qu'il brise dans ce que nous avons de plus essentiel, c'est-à-dire notre capacité de confiance. Dans les cas où tout se passe bien, l'enfant apprend, peu à peu, à se passer de maman et à la retrouver avec plaisir. Et là, il ne se sent pas menacé par le besoin qu'il a de sa mère. En revanche, s'il est en insécurité, il va devenir dépendant de la mère et de l'environnement. Il faut que la lumière soit allumée, que sa maman lui tienne la main, car sinon c'est la panique, la désorganisation, l'enfant est submergé par ses émotions. Mais plus il se sent menacé par la perte de sa mère, plus il se sent dépendant, plus il va essayer de la contrôler comme il se perçoit contrôlé par elle ; comment peut-il le faire ? Pas par le plaisir partagé parce que, s'il lui dit qu'il est content, sa mère va le quitter aussitôt. Le contrôle n'est possible que par l'insatisfaction, la plainte ou le caprice.

Se protéger d'une angoisse d'abandon

Le cramponnement à la mère n'est donc pas une question de plaisir mais de peur. Et c'est cela qui est pathogène car cet enfant devient dépendant de sa mère. À 2 ans, il va se séparer, on fera ce qu'il faut, mais à 14-15 ans, ce sera beaucoup plus difficile. Et ces enfants sont prisonniers du regard de leurs parents, ils cherchent à être protégés d'une angoisse d'abandon parce qu'ils n'ont pas suffisamment confiance en eux, parce qu'ils n'ont pas de sécurité interne. Ces enfants vont donc être pris entre l'angoisse d'abandon – *« tu ne me regardes pas, je n'existe pas »* ; et l'angoisse de fusion/intrusion *« tu me regardes, qu'est-ce que tu me veux ? »* On est toujours trop près ou trop loin. Vous ne vous occupez pas de moi, vous m'abandonnez ; vous vous occupez de moi, c'est une intrusion. Et là, c'est le drame parce qu'ils ne peuvent pas se nourrir et qu'ils sont de plus en plus dépendants. Les adolescents emploient des mots comme *« tu me soûles », « tu me gaves », « tu me prends la tête »,* qui prouvent bien qu'ils ne sont plus eux-mêmes, que l'autre est devenu comme un psychotrope. S'ils sont devenus ainsi, c'est en raison de l'importance de leur attente. Même si l'autre est plus ou moins intrusif, même si l'autre a plus ou moins besoin de maîtriser, c'est avant tout le besoin que l'on a de cette personne qui lui confère un pouvoir sur nous. Et on a besoin de cette personne parce qu'on n'a pas acquis des nourritures permettant d'avoir les ressources nécessaires. La prévention, c'est faire en sorte que les enfants se nourrissent de ce dont ils ont besoin : la sociabilité, l'école, veiller sur leur santé, ne pas adopter de conduite à risque.

Mon troisième modèle après l'enfant sécure, l'enfant qui se cramponne à sa mère, c'est celui de l'enfant abandonné, qui n'a pas de référence parentale. Que fait-il ? Il s'autostimule et recherche des sensations toujours destructrices. C'est l'enfant carencé qui se balance toute la journée dans son lit à 2 ans. Il manque de tout ce qui est de l'ordre du plaisir partagé, de l'échange avec les autres, autant de facteurs d'ouverture et de liberté, plaisirs nourrissants, apaisants. Plus ils sont en carence de relation, plus le comportement devient stéréotypé et plus ils sont prisonniers de ce comportement. Comme l'enfant qui se balance de manière stéréotypée dans son lit. Et, si cela ne suffit pas, il se tapera la tête contre les bords de son berceau, se donnera des coups contre lui-même.

La demande affective : menace pour l'identité

L'époque est à la liberté et l'ouverture. De 15 à 20 % des jeunes vont utiliser la liberté qui existe dans nos pays pour se taper dessus, se cogner contre les murs de la société, aller à la rencontre des policiers. Ce qui les intéresse, c'est qu'il y ait une rencontre. Étant dans une demande incontrôlable, cette rencontre ne peut se faire dans l'échange, dans le plaisir, dans la tendresse car ils perdraient leurs limites et ils paniqueraient, mais elle se fait dans la violence. Cette violence est le signe d'une demande affective si importante qu'elle ne peut être vécue.

Je prends l'exemple d'une adolescente de 13-14 ans qui, après une tentative de suicide, est hospitalisée en pédiatrie. Déscolarisation, demi-prostitution, prise de drogues, père alcoolique, parents séparés, mère en grande difficulté, bref un tableau malheureusement assez banal dans ces circonstances. Et cette adolescente accepte d'être filmée en vidéo. Elle n'arrête pas de dire pendant trois-quarts d'heure : *« Ça me soûle », « mes parents j'en ai rien à faire ».* Mais nous arrivons tout de même à échanger, et, à l'issue de l'entretien, je lui demande quelles sont les qualités qu'elle se voit. Et cette jeune fille qui m'a regardé pendant trois quarts d'heure droit dans les yeux pour me raconter toutes les horreurs de sa vie, apparemment sans émotion – mais que je sens bien sûr comme une petite fille en détresse et perdue –, quand je lui pose cette question, elle détourne

la tête, ses cheveux tombent devant ses yeux, mais cet écran ne suffit pas, et elle met la main devant les yeux. Elle reste vingt secondes sans parler, elle relève la tête et elle me dit : *« Je suis une conne »*, ce à quoi je réponds : *« Là, nous pouvons nous regarder droit dans les yeux, pas d'émotion, vous êtes une conne, vous maîtrisez, c'est à vous. Mais, à l'idée d'avoir une qualité, vous détournez la tête. En tout cas, je vois que vous avez au moins une qualité, c'est le courage, mais allez-vous continuer d'utiliser ce courage pour vous cogner contre les murs de la société ou pour prendre soin de vous ? »*

Mais si elle a une qualité, tout s'effondre, elle est dans la détresse. Si elle peut être différente de ce qu'elle est maintenant, c'est-à-dire : *« J'en ai rien à faire, tout le monde est mauvais, je suis comme ça et je rejette tout le monde »*, tout son système s'effondre. Pour les adolescents dans cette situation avoir une qualité, éprouver une émotion positive, c'est comme une goutte d'eau sur un morceau de sucre, cela les fait fondre, menace leurs limites et jusqu'à leur identité. Prendre des risques devient une quête de sensations pour avoir un contact dont nous avons tous besoin, mais ce contact ne peut se faire dans l'échange, ne peut être nourrissant parce qu'il nous rendrait dépendant. Et ce contact violent devient à la fois une façon de se sentir exister et une sorte d'anesthésie contre la souffrance psychique et le risque d'effondrement. Si je ne vais pas bien, ça va ; si je commence à aller bien, tout peut s'effondrer parce que je vais voir l'écart immense entre ce que je suis et ce que je voudrais être.

Des parents qui ont peur de leurs enfants

On ne laisse pas un enfant ne pas se nourrir. Quelque chose se pervertit profondément dans notre société depuis cinq à six ans. Mes consultations ont radicalement changé, non pas au niveau des troubles avérés, comme la schizophrénie, les troubles de l'humeur, mais parce que je vois des parents qui ont peur de leurs enfants. Et c'est la catastrophe. Ils ont peur parfois de leur violence. Dernièrement, un parent m'a même dit : *« J'ai peur qu'il me tue. »*. Ce gamin de 13 ans qui a des accès de colère incontrôlables m'a dit : *« C'est un autre que moi qui fait ça, je ne peux pas faire autrement, et surtout avec ma mère. »* Pourquoi ? Parce que c'est le personnage le plus important, auquel il est le plus attaché. *« Et j'insulte ma mère. »* Je lui demande quelles insultes. Il se met quasiment à pleurer et répond : *« Je ne peux pas le dire. »* Quand il est dans cet état second de violence, il le dit, mais ensuite cela le rend malheureux. Et son estime de soi est gravement compromise, et il devient encore plus violent la fois suivante. Il m'a également dit cette phrase superbe : *« Avec mon père, je me retiens davantage parce que j'ai peur. »* Nous voyons bien que la peur peut également être une protection.

Émotion, créativité et destructivité

Quand il n'a pas peur, il est capable de faire des choses qu'il va amèrement regretter parce qu'il est abandonné à ses émotions. Et on ne choisit pas ses émotions. Quand on est en colère, ému, amoureux, on ne décide pas de l'intensité, mais on peut décider secondairement de ce que l'on en fait. L'émotion est ce qu'il y a de plus biologique en nous. Elle est déclenchée certes par des pensées, par des liens, par toute notre histoire, par le poids de nos antécédents mais, une fois que l'émotion est là, c'est l'intrusion de l'autre, le cheval de Troie de l'autre en soi. L'émotion envahit et on ne peut pas forcément la contrôler. Ces jeunes fragiles savent pertinemment qu'ils sont les marionnettes de leurs émotions. C'est la raison pour laquelle ils en ont si peur et qu'ils ne peuvent réagir que sur un mode violent où ils retrouvent une maîtrise. L'homme possède une créativité exceptionnelle mais, l'envers de la créativité, c'est la destructivité. La destructivité est la créativité du pauvre. Créer demande des capacités, l'avis des autres, le résultat est aléatoire alors que détruire est toujours sûr et on est toujours le plus fort. Et là intervient la tentation des conduites à risque parce que l'on redevient d'une certaine façon maître de soi par la destruction. On n'est pas dans le plaisir partagé où l'on dépend des autres.

Intervenir pour éviter le sentiment d'abandon

D'où l'importance encore une fois d'intervenir suffisamment tôt. Le fait

qu'actuellement les adultes aient peur des enfants est un grave problème parce que cela empêche la confiance, et c'est ressenti par les enfants comme un abandon. Donc les parents ont peur parfois de la violence de l'enfant mais ils ont peur aussi qu'il se fasse du mal. Combien de parents me disent : « *Je ne peux pas le réprimander ou lui demander quoi que ce soit, je ne peux même pas l'amener en consultation parce que j'ai peur de perdre sa confiance, parce que j'ai peur d'une fugue, d'une tentative de suicide.* » Et personne ne peut dans l'état actuel des choses garantir, en effet, que si cet enfant est contrarié il ne va pas faire une tentative de suicide. Non pas parce qu'il a envie de mourir mais parce que c'est à un moment donné le seul moyen de redevenir ou d'avoir le sentiment de redevenir maître de son destin et de lui-même. Avec le réel danger d'être pris au mot et de mourir. Même si cet enfant n'est pas schizophrène, ne présente aucun trouble de l'humeur, ne présente aucune pathologie, il est dans des conduites pathogènes, et on ne peut plus laisser ses parents se débrouiller seuls en leur disant que c'est un problème éducatif. Ce n'est pas seulement le problème de l'éducation des parents mais le fait qu'au niveau social il n'y a plus de limites.

Poser des limites

Une réflexion est à mener au niveau de la prévention sur ces limites. Mais combien de catastrophes y aura-t-il avant que nous y réfléchissions ? Aujourd'hui, on a peur d'interdire alors que c'est ce qui permet au sujet de se différencier et éventuellement de faire ses preuves. Mais on peut aussi interdire pour mettre l'autre sous son emprise et non pas pour lui permettre de veiller sur lui et de penser à son avenir. Tout peut être perverti mais on a actuellement le sentiment d'une permissivité qui fait qu'un certain nombre d'enfants ne savent plus où est la limite. Beaucoup d'adultes ont le sentiment de ne plus pouvoir poser un certain nombre de limites parce qu'ils ne savent plus la valeur de ce qu'ils font. Au nom de quoi le feraient-ils ? Il y a donc chez un certain nombre d'adultes une espèce de morosité dépressive, ce qu'Alain Ehrenberg a appelé « la fatigue d'être soi ». Si on a fait des enfants, il faut qu'on sache un peu pourquoi, et c'est le rôle des adultes de pouvoir se projeter dans l'avenir et de dire que des choses valent la peine. La véritable prévention ne consiste pas à énoncer une liste de choses dangereuses ou défendues mais dire qu'il y a des choses à faire, quelles que soient nos déceptions.

Redonner du sens

Il y a nécessité à l'heure actuelle de redonner un sens à ces choses-là et, ne pas le faire, c'est abandonner l'enfant à ses impulsions et à son désarroi du moment. Pour un certain nombre de parents, il y a derrière tout cela une certaine culpabilité, par rapport au fait de travailler beaucoup, d'être fatigué en rentrant le soir, même si on est très heureux de retrouver ses enfants. Alors, les parents finissent par céder et parentifier leur enfant en leur disant : « *Dis-nous que nous avons raison, que nous sommes de bons parents, rassure-nous sur nous.* » Ce sont eux qui doivent nous rassurer ! Il faut voir dans quelle ambiance on fait vivre un certain nombre de jeunes. Ce désarroi peut faire sentir l'angoisse de parents qui ont peur de perdre le contact avec leur enfant. Certains comportements n'étaient pas concevables autrefois ou du moins ils représentaient une transgression majeure. On ne se suicidait pas, on ne se faisait pas de mal soi-même, on n'insultait pas ses parents. Alors que c'est aujourd'hui licite, non pas par démission des parents, mais parce que c'est le mode de fonctionnement de la société. Nous assistons à un risque de perversion de la prévention au travers de cette notion de souffrance.

S'arc-bouter contre les autres

Il y a des choses que l'on ne fait pas. On doit se respecter comme on doit respecter les autres. Un certain nombre de jeunes ne peuvent pas se contrôler, ne peuvent pas veiller sur eux. S'ils sont turbulents, un peu insolents, mais qu'ils se nourrissent, alors on est sûr que c'est passager. Mais s'ils ne se nourrissent pas, ils se dévalorisent, et s'ils se dévalorisent, ils ne peuvent que s'arc-bouter contre les autres, un peu comme une maison qui n'aurait plus d'intérieur. Ces adolescents et ces enfants qui vont mal s'étayent sur l'opposition, avec le sentiment qu'il n'y a rien de solide à l'intérieur.

Il n'y a pas que les textes ou les livrets sur les risques, aussi bien faits soient-ils, qui sont importants. Il y a aussi l'esprit dans lequel les adultes font la prévention. Il faut que les adultes arrivent à dire pourquoi ils considèrent que la vie vaut la peine d'être vécue. Quand on applique les mesures de prévention, quand on fait des cours d'éducation civique à l'école ou ailleurs, c'est un homme ou une femme qui parle en adulte face à des jeunes. Et il y a une nécessité de conviction. Heureusement, la majorité trouve cela dans son environnement, dans son entourage, et n'a peut-être pas la même fragilité.

Sentir qu'on est motivé pour eux

Je prends souvent comme exemple de l'adolescence un état *a priori* non pathologique, qui est l'état amoureux, où l'on est en attente de l'autre et où l'on dépose une partie de soi dans l'autre. Ce qui permet de créer des choses extrêmement fortes. Il y a une force créatrice qui nous porte, y compris dans son aspect d'illusion. Quand on est amoureux et que l'on attend la soirée, l'anniversaire de la rencontre, et qu'il ou elle est en retard, plus le retard s'allonge et plus le déplaisir arrive. Et au bout d'un moment, on n'a plus envie de sortir, la soirée est gâchée, pas parce que ce n'était pas important, mais parce que la déception est telle qu'elle fait disparaître le sentiment de désir, comme tous ces jeunes qui disent qu'ils n'en ont rien à faire, que rien ne les intéresse. Ils voudraient tellement être intéressants pour tout le monde qu'il est plus facile de penser que rien ne les intéresse que de risquer d'être déçu. Si l'autre arrive en s'excusant de son retard, on lui demande de nous ramener parce qu'on n'a plus aucune envie de sortir. Et c'est vrai que cela a tué jusqu'au désir. Si on accède à son besoin et qu'on lui dit : « *Puisque tu souhaites rentrer chez toi, respectueux de ton désir, je te ramène* », je pense que c'est la pire des réponses parce qu'elle emprisonne le sujet dans le refus ; par contre si, en miroir, on adopte la position passive de celui qui a subi notre retard, qu'on le supplie de revenir sur sa décision, il est fort possible qu'il vous dise au bout à peu près du même temps qu'il a attendu : « *Tu me fatigues et rien que pour ne plus t'entendre j'accepte de sortir avec toi* » et avec un peu de chance, au bout là aussi d'un peu de temps vous passerez une excellente soirée. Qu'est-ce qui va motiver des jeunes à prendre soin d'eux ? C'est de sentir qu'on est motivé pour eux. Si vous ne posez pas un certain nombre de limites, vous ne rencontrez pas les ado-

lescents les plus en demande parce qu'eux ne pourront pas venir à votre contact. Il n'y a qu'un obstacle qui pourra les amener à venir.

Pour moi, la prévention devrait commencer dans les cours de récréation, en maternelle et en primaire, où l'on apprend aux enfants à se respecter les uns les autres, à ne pas se traiter comme ils se traitent actuellement, à veiller sur eux, à prendre soin d'eux. Il nous faut repenser les choses dès le départ. C'est là que se mettent en place ces conduites de déception qui vont amener les plus sensibles à devenir de véritables furies. Albert Camus, dans son extraordinaire ouvrage *Le Premier Homme,* parle à la fin de son récit de la lettre de M. Germain, son instituteur, en réponse à la lettre que lui a envoyée Camus quand il a reçu le prix Nobel. On ne peut pas écrire mieux sur ce qu'est le sens de la transmission que cet instituteur à la retraite dans cette lettre à Camus.

Philippe Jeammet
Président de l'École des parents
et des éducateurs Ile-de-France.

Estime de soi et prise de risque : de quoi parle-t-on ?

Croyance en la possibilité d'aimer et d'être aimé, l'estime de soi trouve ses racines dans la petite enfance et se façonne en fonction de l'environnement familial, social, et des conditions de vie. Promouvoir la santé des adolescents passe par l'instauration d'un dialogue ouvrant sur la prise en charge, la création de situations où les jeunes se sentent appréciés et compétents. Ensemble, famille et professionnels s'attachent à construire de l'échange.

L'estime de soi se définit comme le sentiment que chacun a de sa propre valeur. C'est le processus par lequel un individu porte sur lui-même, sur ses performances et ses aptitudes, des jugements positifs ou négatifs (1). Déjà utilisé par James en 1890, qui le définit comme le rapport entre les aspirations d'un individu et ses succès réels, ce concept est repris dès 1902 par Cooley, qui le définit comme le miroir de l'opinion exprimée envers un individu par ses proches. Il est ensuite étudié par Freud (2) dans ses rapports avec le narcissisme, qui consiste en l'amour que le sujet se porte à lui-même. Il ne s'agit pas d'une dimension régressive de repli sur soi mais d'une dimension constructive et adaptative qui permet au sujet, en s'appuyant sur l'amour qu'il éprouve pour lui-même, d'aimer quelqu'un d'autre (3).

L'estime de soi, besoin fondamental

Un narcissisme solidement établi confère à l'individu une confiance en soi suffisante pour permettre l'ouverture à l'autre dans sa différence. Dans le cas contraire, Kohut (4) décrit des accès de « rage narcissique » en réponse à une blessure infligée à l'amour propre de la personne. Ces réponses appartiennent au champ de l'agression, de la colère et du pouvoir destructeur. Dans les racines de l'estime de soi, on trouve donc d'emblée la notion de comportement violent lié à un narcissisme défaillant.

Les psychologues de l'attachement soulignent que le caractère social de l'homme n'est pas le résultat d'un apprentissage mais la réponse à un besoin fondamental. Dans la pyramide des besoins fondamentaux de Maslow, on retrouve d'ailleurs ce besoin d'estime, de reconnaissance, de respect et de pouvoir.

Pour André et Lelord (5), l'estime de soi recouvrirait au moins cinq dimensions : l'apparence physique, la réussite scolaire ou le statut social, les compétences athlétiques, la conformité comportementale et la popularité. Un adolescent peut avoir une estime de soi élevée sur certaines dimensions et faible sur d'autres. De plus, si le jeune se juge favorablement sur un plan mais pense que ses compétences ne sont pas désirables dans le milieu où il évolue, son estime de soi n'en sera pas confortée pour autant.

La « prise de risque », une expression péjorative et stigmatisante

« Une bonne estime de soi a-t-elle une influence sur la prise de risque ? » L'intitulé de cette session des Journées de la prévention de l'INPES renvoie à une vision globalement négative du comportement des jeunes, ont fait remarquer certains intervenants. Selon eux, nombre de professionnels continuent à avoir une vision absolument négative des comportements dont ils s'occupent (6). Les adolescents ne fument pas du cannabis ou du tabac pour prendre des risques. De même, quand des adultes se réunissent pour prendre l'apéritif, ils ne se disent pas qu'ils vont prendre un risque en se demandant s'ils ont une suffisamment bonne estime d'eux-mêmes pour gérer ce risque correctement. La vision de certains professionnels est totalement faussée. Il faut qu'ils fassent très attention au langage qu'ils emploient car il

se répercute forcément dans les relations qu'ils ont avec les jeunes.

Plus généralement, l'information sur un risque subit toujours une transformation subjective (7). D'un côté, on observe une surestimation des petites probabilités, qui explique par exemple que les gens s'assurent contre le risque d'incendie de leur maison, en sachant bien que la probabilité que cela arrive est extrêmement faible. À l'inverse, on constate une sous-estimation des grandes probabilités, notamment en matière de risque lié à la santé. La valeur attribuée au choix et au changement de comportement n'est donc pas du tout la même selon que l'on est les pouvoirs publics, qui choisissent de communiquer sur un risque en faisant l'hypothèse qu'il n'y a pas de déformation des probabilités, et selon que l'on est la population destinataire de cette information. Cette notion devrait être prise en compte dans l'élaboration des actions de communication médiatique, pour lesquelles on note à la fois une négation de cette représentation subjective du risque, et trop souvent une atteinte de l'estime de soi du public destinataire.

Les origines de l'estime de soi : au carrefour de la psychologie et de la sociologie

Les racines précoces de l'estime de soi

L'estime de soi se développe corrélativement à la qualité de la confiance fondamentale acquise par la stabilité et la profondeur de la relation primitive à la mère. Le renforcement et le maintien de l'estime de soi sont liés à ce que l'enfant perçoit de l'investissement de lui-même par ses parents, où doit dominer l'expression d'un amour inconditionnel, indépendant des performances de leur enfant. En conséquence, ce dernier intériorise le fait que sa valeur représente une donnée stable, relativement indépendante des notions d'échec et de réussite. L'estime de soi est bien le reflet d'un investissement de soi qui se traduit par la croyance en la possibilité d'aimer et d'être aimé, une pleine acceptation de son identité, enfin un sentiment de continuité et de cohésion de soi. Ce capital va permettre à l'enfant d'affronter les autres, et en même temps d'être en permanence dans une relation d'attente ou de don d'amour (8).

Valorisation sociale et estime de soi

Il existe un lien étroit entre la précarisation des conditions de vie, du rapport au travail, des conditions de la socialisation, et l'estime de soi (9). La fragilisation sociale et la déstructuration des cadres et supports sociaux produisent des tensions et des injonctions à l'adaptation productrices d'atteintes de l'estime de soi. En effet, les personnes se révèlent dans des positions très inégales du point de vue des conditions de réponse à ces injonctions. Beaucoup d'enfants et d'adolescents mis à l'épreuve dans leurs capacités éducatives ou relationnelles sont marqués par ce que leurs familles ont vécu, mais également par ce que la société leur renvoie. Tous les adolescents engagés dans des conduites à risque sont confrontés à des images extrêmement éprouvantes qui ont à voir avec la question de leur place dans la société. Si ces adolescents n'ont pas une haute estime d'eux-mêmes, c'est parce qu'au lieu de se reconnaître comme destinés à occuper une place dans le corps social, ils ont le sentiment que rien n'a été prévu pour cela, que tout va à l'encontre de cette idée.

Derrière la question de la place, il y a celle de la reconnaissance, c'est-à-dire une question de relation, notamment à l'adulte. Ce dernier est-il en capacité de reconnaître ce que ces adolescents sont amenés à rechercher, à mettre à l'épreuve et à construire ? Très souvent, les déficits s'alimentent du sentiment que les conditions sociales de base pour être dans cette relation n'existent pas.

Les processus qui accompagnent la précarisation alimentent cette question de la reconnaissance, que ce soient l'isolement, la ségrégation, la discrimination, autant de logiques sociales productrices de vulnérabilités. Les personnes qui vivent ces vulnérabilités résistent à l'idée d'y être identifiées, et il y a dans cette fabrique de précarité des conditions extrêmement inégalitaires de manifestation de l'estime de soi. Les enfants et les adolescents sont plus particulièrement concernés car, en plus des vulnérabilités sociales, ils connaissent des vulnérabilités propres à leur âge, qui se trouvent ici amplifiées par les conditions sociales. Pour ces jeunes, l'injonction d'avoir une bonne estime de soi est vécue comme une stigmatisation et une injustice de plus.

La spécificité de l'estime de soi à l'adolescence

À l'adolescence, ce qui construisait l'estime de soi des sujets est tout d'un coup mis à mal (10). Ils se posent alors énormément de questions sur eux-mêmes, se demandent s'ils sont normaux de faire telle ou telle chose, d'être totalement envahis par des pensées un peu bizarres. Il y a une mutation très importante du narcissisme au moment de l'adolescence, qui concerne aussi bien les transformations du corps que les transformations psychiques. Pour l'immense majorité, cela ne se passe pas trop mal, mais il y a parfois des ratés dans ce remaniement du narcissisme. Comment pouvoir s'aimer soi-même quand on a une nouvelle peau et qu'on sait que cette peau n'est pas forcément aimable aux yeux des autres ou qu'on ne se trouve pas aimable, c'est-à-dire digne d'être aimé ? Cette question est essentielle parce qu'elle détermine une attitude dans la vie, une attitude par rapport aux autres. Les adolescents deviennent hypersensibles, leur narcissisme est à fleur de peau, c'est-à-dire que la moindre parole qui leur est adressée peut être perçue comme une attaque. Le narcissisme révèle alors sa fonction défensive. Enfin, un adolescent peut passer par des fluctuations importantes de son estime de soi.

Les filles tendent à avoir une estime d'elles-mêmes plus basse que celle des garçons, y compris dans les domaines comme la scolarité, les conduites ou les relations sociales, où elles obtiennent objectivement de meilleurs résultats (11). Aspiration idéale trop élevée chez les filles, influence néfaste de l'environnement, importance attachée à l'apparence physique, valeurs culturelles favorables aux hommes, toutes les hypothèses ont été émises sans conclusion définitive. Cependant, on constate que, si l'estime de soi tend à s'exprimer comme un facteur unique chez les filles, elle se divise chez les garçons en deux dimensions principales : soi-même face aux adultes et soi-même face aux pairs. Les garçons parviendraient ainsi plus facilement que les filles à préserver des zones d'estime de soi élevée, tandis que les filles, atteintes dans une seule dimension de l'estime de soi, tendraient à se juger globalement de façon négative.

À l'adolescence, le remaniement du narcissisme va de pair avec la bascule

des identifications (12). Durant l'enfance, les parents sont vécus comme des personnes protectrices, aimantes, gentilles, donc de bons parents, alors que l'adolescent, dans un processus normal de désidéalisation des images parentales, se retrouve face à des parents qu'il trouve insipides, voire banals, et donc moins dignes d'être aimés. Il faut donc qu'il trouve d'autres sources d'identification (adultes ou pairs) pour continuer à se construire malgré tout.

L'estime de soi : facteur protecteur ou facteur de risque ?

Un lien démontré avec les comportements de santé

Une estime de soi élevée contribue significativement à accroître la capacité à porter un regard positif sur les aléas de la vie, la résilience, le bonheur, le bien-être, tandis qu'une estime de soi défaillante augmente la vulnérabilité aux troubles psychiques : dépression, anxiété, tendance suicidaire, trouble des conduites alimentaires, et la fréquence des comportements à risque (violence, rapports sexuels non protégés, consommations de substances psychoactives (13)). Cependant, l'estime de soi joue différemment selon les conduites adoptées. La relation de l'estime de soi à l'usage du tabac, du cannabis, à la consommation d'alcool et au jeu pathologique n'est pas la même (14).

Plus son narcissisme est défaillant, plus l'adolescent va trouver dans les marques infligées à son corps une façon d'exister ou d'arriver à se connaître (15). Les automutilations ou les scarifications prennent ainsi la forme d'une véritable épidémie, comme pouvaient l'être à une époque les crises de spasmophilie ou d'hystérie. L'adolescent s'attaque à sa propre peau, ce qui montre la mésestime de soi, l'attaque directe de son narcissisme corporel et de son narcissisme psychique.

L'estime de soi serait donc à la fois un mécanisme de défense et un facteur protecteur. On la retrouve d'ailleurs dans plusieurs étapes du modèle de planification de Green en tant que déterminant et conséquence des comportements de santé, en tant qu'indicateur de qualité de vie, et en tant que facteur prédisposant aux comportements de santé favorables.

L'estime de soi n'est pas qu'une caractéristique de la personnalité, c'est aussi un outil pour s'adapter à son environnement (16). Confronté à des difficultés, un enfant ayant une bonne estime de soi adopte des stratégies de résolution de problèmes adaptées : recherche de soutien social, remise en question mesurée des comportements inadéquats, confrontation à la réalité. Une faible estime de soi est associée à des stratégies inverses : repli sur soi, réticence à parler de ses soucis, autocritique excessive, déni des difficultés, évitement du problème. Il existerait également un lien étroit entre l'estime de soi et la capacité à s'engager dans des actions apportant des bénéfices à long terme malgré l'absence de bénéfices à court terme, voire des inconvénients immédiats. Cette stratégie, qui ferait défaut aux personnes à basse estime de soi, expliquerait leur difficulté à adopter des comportements favorables à leur santé.

L'estime de soi à l'épreuve de la stigmatisation sociale

Beaucoup de jeunes vivent aujourd'hui le simple fait d'habiter un quartier d'habitat social, d'être d'une certaine origine, de vivre dans un milieu défavorisé sur le plan socioéconomique, comme porteur d'un jugement négatif sur leur valeur et sur leurs qualités (17). Les plus résistants s'appuient sur leur estime de soi pour trouver une adaptation décalée en s'engageant dans l'économie parallèle, en développant des activités illicites ainsi qu'une capacité d'invention et de mobilisation extrême. Les autres, au contraire, surconfirment en permanence ces logiques d'identité négative, jusqu'à la consommation de produits ou aux tentatives de suicide, c'est-à-dire des situations limites dans ce processus d'ajustement à ces conditions extrêmement défavorables.

Toutes ces manières de se considérer soi-même dépassent les analyses de la psychologie individuelle. L'image de soi, les traits de personnalité, les faiblesses individuelles n'existent que dans la confrontation aux autres dans des situations données. Ceux qui réussissent, qui surmontent, qui font preuve de résilience, deviennent autant de figures extrêmement difficiles à vivre par ceux qui sont exclus de la distribution des bons points de résilience ou d'estime et restent du côté où persistent le mal-être et la difficulté. La conduite à risque, la mise à l'épreuve, la violence trouvent alors à s'exprimer parce qu'elles constituent des matériaux pour être à la hauteur du regard des pairs. Passer pour un « bouffon » présente un risque pour l'identité plus redoutable à assumer que le risque pour la santé ou pour la vie (18). Pour obtenir l'assentiment du groupe, pour protéger son honneur, l'adolescent est prêt à relever tous les défis, endurer la douleur ou s'arranger de la loi. Se dérober à l'épreuve est impensable pour l'estime de soi et sa place dans le groupe.

Les actions à privilégier

Laisser s'exprimer et prendre en charge les troubles psychologiques

Chaque acte auto-agressif d'un adolescent est un signal que l'adolescent s'envoie à lui-même, à son insu, et qu'il envoie à son entourage pour dire qu'il va mal (19). Il ne faut donc jamais banaliser cet acte, mais voir ce qu'il y a derrière, laisser se dérouler un discours pour que le malaise puisse s'exprimer, que les défaillances du narcissisme puissent se dire et qu'une prise en charge se fasse à ce moment-là.

Ménager des situations où les jeunes se sentent appréciés pour ce qu'ils sont et compétents

Les leviers du développement de l'estime de soi sont bien connus : le sentiment d'être aimé et le sentiment d'être compétent (20). D'abord, il importe que les attitudes éducatives assurent l'enfant ou l'adolescent qu'il est inscrit dans des réseaux de relation affective positive. L'une des sources de l'estime de soi repose sur la capacité d'autrui à dissocier l'acte de la personne. La réprobation vis-à-vis d'un comportement inadéquat ne doit pas amener la personne à sentir remise en cause sa valeur personnelle. Ensuite, se sentir compétent, performant, doué, habile, nourrit l'estime de soi. La réussite est valorisante, elle répond aux ambitions et aux attentes de la personne. Il est donc important de ménager des situations où les jeunes se sentent à la fois appréciés pour ce qu'ils sont et compétents. Un programme pédagogique canadien décline quatre axes d'intervention (21) : favoriser un sentiment de sécurité et de confiance, favoriser la connaissance de soi, favoriser un sentiment d'appartenance et un sentiment de compétence. Ce programme s'oppose aux actions centrées sur un apport de connaissances qui replongent les adolescents en échec dans la honte liée à leurs difficultés d'apprentissage, de mémorisation, de concentration.

Soutenir la fonction parentale

Le narcissisme des parents est fortement mis à mal quand les enfants entrent dans l'adolescence (22). Face à l'adolescent, les parents se sentent souvent inutiles, impuissants à canaliser quoi que ce soit, de mauvais parents parce que l'adolescent ne leur renvoie que les aspects négatifs. Un travail est à faire pour aider les parents à résister aux attaques des adolescents. En même temps, c'est le travail de l'adolescence que d'attaquer ses parents pour mieux savoir qui l'on est. Certains parents sont totalement anéantis par les attaques de leurs adolescents. Or, un adolescent qui se rend compte que son discours a réussi à porter ses fruits et à être toxique pour ses parents est complètement déstabilisé. Aider les parents à résister permet donc indirectement de restaurer le narcissisme de l'adolescent.

Rétablir la reconnaissance et la dignité par l'action sociale

La principale figure sociale de mésestime est l'attribution d'incapacité, d'inemployabilité, d'inéducabilité (23). À l'école, l'échec peut être formateur s'il est travaillé avec respect dans la relation à l'élève qui éprouve des difficultés ; mais il est une catastrophe s'il est le marqueur d'une incapacité, d'une nullité, car il fabrique des affaiblissements identitaires, de la honte et de la douleur.

En prévention, l'enjeu consiste aujourd'hui à coordonner un réseau d'acteurs à tous les niveaux du corps social, et pas seulement des spécialistes de la prévention, mais tous ceux qui, en tant qu'adultes, sont amenés à corriger, compenser, améliorer cette image négative fabriquée, à rétablir de la dignité et du respect : l'enseignant, le parent, le travailleur social, l'acteur de santé. Il est indispensable de multiplier les surfaces de reconnaissance, toutes les occasions permettant de recréer de la valeur, de la qualité, dans le respect mutuel. Cela signifie de reconstruire de l'échange et donc du social là où il s'est fragmenté et là où l'on incrimine les difficultés de communication en stigmatisant encore davantage ceux qui sont dans ces difficultés extrêmes. Il faut modifier les termes de l'échange avec les enfants et les adolescents de façon à enrayer cette spirale en abîme à l'œuvre actuellement.

Aujourd'hui, on fait malheureusement le constat de situations extrêmement dégradées et de la nécessité d'exercer une prévention de plus en plus précoce pour éviter que les générations futures ne vivent la même histoire.

Instaurer un climat de promotion de la santé par l'action éducative

L'action d'éducation pour la santé est fondée sur trois principes (24) :
– les jeunes doivent être impliqués dès la conception des projets qui leur sont destinés ;
– l'information des jeunes sur les risques et les dangers de certaines conduites ou de consommations excessives n'est pas le seul mode préventif possible ;
– les jeunes possèdent des ressources infinies pour se sortir de situations difficiles.

En s'appuyant sur ces ressources, l'objectif est alors de développer l'estime de soi, le bien-être corporel, la confiance en soi, les capacités de création et de symbolisation, les aptitudes à communiquer, la gestion des émotions, le bien-être au sein du groupe (25). L'enjeu est d'arriver, à partir d'un travail concret d'ateliers autour de l'expression et de la communication, à créer un climat de promotion de la santé. La prévention est à inscrire dans

le quotidien. On constatera alors que les jeunes concernés auront moins besoin d'un étayage par un produit ou par un comportement pour avoir une bonne estime de soi.

L'objectif est aussi, en balançant une poignée de sable dans la mécanique bien huilée de l'adolescent qui a des modes de pensée et des comportements relativement stéréotypés, de faire gripper cette mécanique, de l'amener à découvrir qu'il y a des comportements et des modes de pensée alternatifs (26). C'est la confrontation des adolescents entre eux avec l'aide d'un animateur mais également d'autres professionnels, qui permet peu à peu de donner cette vision décalée, et petit à petit d'améliorer les comportements de ces adolescents.

Limites et évolution du concept

Il existe tout un courant de recherche qui remet en cause la pertinence de la représentation d'une haute estime de soi comme un garant de « bonne conduite » (27) Certaines autoévaluations hautement favorables seraient à même de conduire les sujets vers des comportements violents ou à risque. Lorsqu'une opinion de soi positive est associée à la vanité, l'arrogance ou la suffisance, elle serait le signal d'une mauvaise adaptation et entraînerait des comportements défensifs : préjugés, comportement agressif et violent, biais d'autocomplaisance, rejet de la responsabilité et de l'échec (28). De plus, on peut se demander si le concept d'estime de soi ne charrie pas une nouvelle forme de pensée unique derrière laquelle se cacherait le modèle idéal d'un nouvel « homo estimus » sûr de lui, confiant dans ses capacités, sachant dire oui, osant dire non, se valorisant à suffisance, et représentant par là une sorte d'antidote du manque et du déséquilibre (29). En réalité, le manque de confiance en soi peut se révéler un moteur puissant, un levier, une source d'énergie et libérer aussi une pensée créatrice.

Aujourd'hui, de plus en plus, les individus sont sommés d'être responsables, autonomes, performants, et d'avoir une bonne estime de soi (30). Cette sommation inégalitaire, puisque tout le monde n'est pas dans la même position pour y répondre, est une mise à l'épreuve extrêmement douloureuse. La recherche de ce qui pourrait aider à surmonter cette épreuve, à rendre moins insupportable cette attention qui traverse la sphère familiale et le groupe de pairs à travers les valeurs de la compétition, de la concurrence, de la capacité à être le plus fort, doit être développée afin de lutter contre ces mécanismes qui viennent cliver les groupes sociaux et produire de la dévalorisation. Ce sont ces mécanismes qu'il faut aujourd'hui comprendre si l'on veut faire de la prévention et endiguer tous ces processus sans commencer par juger les individus, sans les soumettre à nouveau à des mécanismes de déconsidération.

Christine Ferron
Psychologue, directrice adjointe
de l'hôpital de jour pour adolescents
Montsouris du Cerep, Paris.

Références bibliographiques

(1) Mazet P. Estime de soi. In : Houzel D., Emmanuelli M., Moggio F. (sous la dir.). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : Puf, 2000 : 252-53.
(2) Freud S. Pour introduire le narcissisme. In : *La vie sexuelle.* Paris : Puf, 2004 : 81-105.
(3) Rouan G., Rouvier S. Narcissisme. In : Houzel D., Emmmanuelli M., Moggio F. (sous la dir.). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : Puf, 2000 : 435-38.
(4) Kohut H. *Réflexion sur le narcissisme et la rage narcissique.* Rev. fr. Psychanal. 1978 ; 42 : 683-719.
(5) André C., Lelord F. *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres.* Paris : Odile Jacob, 1999 : 288 p.
(6) Cohen B. *Intervention en session* (public).
(7) Seror V. Analyse de la prise de risque individuelle d'un point de vue économique. *Intervention en session.*
(8) Lauru D. La notion de prise de risque en rapport avec la singularité du sujet à l'adolescence. *Intervention en session.*
(9) Joubert M. La honte et l'estime de soi au prisme des processus de précarisation. *Intervention en session.*
(10) Lauru D. La notion de prise de risque en rapport avec la singularité du sujet à l'adolescence. *Intervention en session.*
(11) Bolognini M., Plancherel B., Bettschart W., Halfon O., *Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences.* J. Adolesc. 1996; 19(3) : 233-45.
(12) Lauru D. La notion de prise de risque en rapport avec la singularité du sujet à l'adolescence. *Intervention en session.*
(13) Morel A. (sous la dir.). *Prévenir les toxicomanies.* Paris : Dunod, Coll. Psychothérapies, 2004 : 336 p.
(14) Kairouz S. Le *« binge drinking ». Intervention en session.*
(15) Lauru D. La notion de prise de risque en rapport avec la singularité du sujet à l'adolescence. *Intervention en session.*
(16) André C. *L'estime de soi au quotidien.* Sciences humaines, « De la reconnaissance à l'estime de soi », 2002 : 131.
(17) Joubert M. La honte et l'estime de soi au prisme des processus de précarisation. *Intervention en session.*
(18) Le Breton D. La scène adolescente. In : *Adolescence,* « Mettre en scène ». Paris : Puf, 2005.
(19) Lauru D. La notion de prise de risque en rapport avec la singularité du sujet à l'adolescence. I*ntervention en session.*
(20) Goudet B., Alvarez A. *Éducation pour la santé, « estime de soi » et « empowerment ».* Document non publié, 2006.
(21) Duclos G., Laporte D., Ross J. *L'estime de soi de nos adolescents.* Montréal : Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, Coll. Estime de soi, 1995 : 176 p.
(22) Lauru D. La notion de prise de risque en rapport avec la singularité du sujet à l'adolescence. *Intervention en session.*
(23) Joubert M. La honte et l'estime de soi au prisme des processus de précarisation. *Intervention en session.*
(24) Vincent C. Modalités d'élaboration d'un outil de prévention de la consommation de cannabis. *Intervention en session.*
(25) Valette J.-F. La prévention par l'expression et la création (PEC). *Intervention en session*
(26) Miraman J.-L. « Y a-t-il un pilote dans ma vie ? » Logiciel d'animation. *Intervention en session.*
(27) Baumeister R. F., Smart L., Boden J. M. *Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem.* Psychol. Rev. 1996; 103(1): 5-33.
(28) Toczek M.C. *La face cachée d'une estime de soi élevée.* Diversité, décembre 2005.
(29) Du Bus A., Caspers E., Delegher V. *L'estime de soi : recherche de repères théoriques.* Croix-Rouge de Belgique, Bruxelles : 1998 : 32 p.
(30) Joubert M. La honte et l'estime de soi au prisme des processus de précarisation. *Intervention en session.*

Promouvoir la santé des jeunes enfants

Visites à domicile pour prévenir les accidents de la vie courante du tout-petit, adaptation d'un programme australien de soutien parental, accompagnement sur la durée de jeunes mères avant et après l'accouchement, travail des professionnels en équipe pour développer les compétences des parents et du bébé, accueil parents-enfants par une PMI fortement impliquée dans un quartier… autant de programmes qui visent à étayer la fonction parentale.

Dès le début de la vie, la santé physique, mentale et sociale résulte des échanges de l'enfant avec son milieu de vie physique et social. D'abord issue d'un processus de développement qui se réalise dans un contexte, cette santé participe ensuite à la dynamique du processus en tant que ressource. Cette conception dynamique et systémique, justifie d'agir sur les déterminants de santé en considérant à la fois les personnes, leurs milieux de vie proches ainsi que toutes les influences contextuelles (sociales, économiques, culturelles, etc.)[1]. Le développement sain d'un enfant est donc l'affaire d'une multiplicité de collaborateurs (la famille, la communauté, le gouvernement, la société tout entière) qui ont chacun une responsabilité à un niveau particulier du système dans lequel l'enfant grandit.

La santé de l'enfant se construit dans un contexte socio-écologique

En tant qu'éducateurs de « première ligne », les parents jouent un rôle essentiel. En fonction de diverses contraintes et d'opportunités, ils aménagent et organisent le premier milieu de vie généralement proposé à l'enfant. Les pratiques quotidiennes de soins et d'éducation sont sources d'activités régulières et partagées avec l'enfant, qui constituent les moteurs de son développement. Ces pratiques sont influencées par les normes et valeurs culturelles, les croyances ou théories parentales empiriques – dont certaines sont naïves –, mais aussi par les conditions de vie de la famille. Ce milieu de vie peut être considéré comme une « niche développementale » imbriquée dans un contexte socio-écologique plus large qui la façonne[2].

Étayer la fonction parentale

Aider les parents à aménager le milieu de vie de l'enfant en leur donnant des moyens concrets pour assurer sa sécurité physique est une forme de soutien qui a été testée par une équipe de PMI de Boulogne dans les Hauts-de-Seine[3]. Des visites à domicile ont été proposées à des familles avec des enfants âgés de 6 à 9 mois. La première visite consistait à informer les parents des dangers du domicile et à les repérer sur place avec eux. Un groupe recevait des conseils de prévention des accidents domestiques, un autre groupe recevait gratuitement, en plus de ces conseils, une trousse contenant des éléments de sécurité (cache-prises, systèmes de blocage de portes et de tiroirs, coins de protection, détecteurs de fumée, etc.). Six à huit semaines plus tard, une deuxième visite a permis d'évaluer la sécurité du domicile des familles de chacun des groupes. L'amélioration la plus forte est celle constatée dans le groupe qui a reçu le kit de sécurité. La gratuité et la facilité d'installation des éléments de sécurité sont deux facteurs qui concourent aux réels changements.

Assurer la sécurité sociale et affective des enfants est encore plus fondamental du point de vue du développement de l'enfant. Le programme Triple P[4] propose une approche globale qui vise essentiellement à promouvoir des routines interactives positives entre parents et enfants, propices aux apprentissages et à la réduction du stress familial. Les cinq niveaux d'intervention prévus vont de la stratégie universelle de promotion du développement de l'enfant aux stratégies de prévention ciblant des problèmes de comportement spécifiques. L'intervention s'appuie sur des techniques comportementales. Elle se veut concrète et pratique pour permettre une gestion efficace des éventuels problèmes rencontrés avec l'enfant. La sensibilisation aux techniques et leur mise en pratique au moment de l'émergence des problèmes serait une garantie de l'efficacité du programme pour la période d'âge de 12-18 mois à 12 ans. L'association Parasole[5] est la première à proposer en France des formations à Triple P aux parents et aux professionnels.

Le programme d'accompagnement « Être Maman ou Papa pour la première fois »[6], actuellement en cours d'expérimentation dans le Pas-de-Calais, vise comme le programme Triple P l'autonomie des parents dans la résolution des problèmes rencontrés avec leur enfant, mais il s'inscrit avant tout dans une logique de prévention précoce. Inspiré d'un programme expérimenté en Grande-Bretagne, il est proposé par la PMI à des mères primipares ne travaillant pas, du 4e mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant, à domicile ou sur des lieux d'accueil collectif. Les supports interactifs sont des bandes dessinées qui permettent d'échanger sur les problèmes rencontrés et les solutions possibles. Cette démarche et celle du programme Triple P pourraient éventuellement se compléter.

Faire évoluer les pratiques professionnelles

Développer des postures professionnelles étayantes en périnatalité pour favoriser la sécurité physique et psychique des parents et des enfants est un but de l'action de formation « Évé-

nement naissance » réalisée dans le Nord–Pas-de-Calais[7]. Cette formation pluricatégorielle a touché sept cent quarante personnes représentant trente et une maternités sur les trente-sept de la région, et des PMI travaillant avec ces maternités. Il s'agissait de permettre aux professionnels de prendre en compte dans leur pratique le processus d'éducation pour la santé à partir de trois thématiques : l'allaitement, le développement sensoriel, les compétences des parents et du bébé. À partir d'une réflexion partagée sur les pratiques professionnelles, cette action a eu des effets sur les équipes (mise en place de nouveaux projets et protocoles) ainsi que sur les pratiques individuelles en entraînant des changements en matière de représentation de la naissance, et de prise en compte des compétences des parents et des bébés. Il a facilité en outre la mise en place ultérieure des réseaux de périnatalité.

En Seine-Saint-Denis, l'étayage de la fonction parentale est une préoccupation de la PMI qui, forte de son implication dans les quartiers (suivi d'un enfant sur deux environ) a formalisé un accueil parents-enfant (0 à 4 ans)[8] dans les locaux de PMI, une demi-journée par semaine, avec l'éducatrice de jeunes enfants comme principale animatrice. Lieu de socialisation et d'échanges entre parents, cet accueil permet aussi d'observer et de découvrir avec l'éducatrice les intérêts et potentialités de son enfant à partir du jeu, principal outil de médiation. Les accueillants notent des effets sur leurs postures professionnelles qui dépassent le cadre de cet accueil spécifique.

Permettre aux enfants de grandir en santé pourrait finalement être défini comme un projet partenarial de bientraitance, les parents bénéficiant si nécessaire du soutien de tiers aidants qui reconnaissent et valorisent leurs compétences. Mais il ne suffit pas d'offrir une aide, il faut donner envie aux familles d'ouvrir leur porte ou de venir sur les lieux d'accueil pour recevoir cette aide. Quand l'aide émane de la PMI, quel risque prend-on à laisser « la police des familles » entrer dans la maison ? Parler de ses difficultés, n'est-ce pas avouer une incompétence à élever son enfant ? Va-t-on me l'enlever ? Autant de craintes, qui montrent la nécessité de modifier les postures professionnelles pour faciliter le partenariat avec les familles autour d'un projet commun.

Nathalie Coulon
Maître de conférences en psychologie du développement, université de Lille-3.

1. Cf. Charte d'Ottawa, Organisation mondiale de la santé, 1986.
2. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. *Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.*
3. Action présentée par M.-H. Bonnin, médecin, PMI, Hauts-de-Seine.
4. Positive Parenting Program, *programme développé en Australie par Matt Sanders (voir le site : www.triplep.net).*
5. Association Parasole (Parents aidés par des solutions éducatives) représentée par Élisabeth Prieto et Laure Melin.
6. Coulon N. Le programme d'accompagnement « Être Maman ou Papa pour la première fois » : une action de promotion de la santé des enfants et de leurs parents. Communication au colloque international « Familles et santé : regard des sciences humaines et sociales » organisé par les universités d'Oran (Gras) et de Lille-1 (Clersé) et l'Association internationale des sociologues de langue française (AISLF). Oran (Algérie) : 2006 : 87-91.
7. Action présentée par Élisabeth Vérité, médecin inspecteur régional de la Drass Nord–Pas-de-Calais.
8. Action présentée par Bernard Topuz, médecin-chef du service PMI de Seine-Saint-Denis.

Éducation à la sexualité : du social à l'intime

Parler de sexualité avec les adolescents sans faire irruption dans leur intimité : cette base éthique étant posée, les professionnels intervenant en éducation à la sexualité soulignent combien il est essentiel d'accompagner les adolescents dans la réflexion sur leurs représentations. Ce sont ces représentations qui les influencent dans leur attitude et les empêchent de s'approprier correctement l'information. L'éducation à la sexualité est donc un travail sur la construction individuelle et sociale de la personne, sa relation aux autres.

Comment intervenir en tant que professionnel en matière d'éducation à la sexualité ? Quelle éthique prendre en compte pour respecter l'intimité de chacun ? Six professionnels ont croisé leurs pratiques et débattu dans le cadre d'une session intitulée « Éducation à la sexualité : du social à l'intime ». Cette problématique est au cœur de l'éducation à la sexualité puisqu'elle interroge à la fois des limites, l'éthique et les valeurs qui fondent les interventions.

Parler ou non de son intimité est en effet ce qui va permettre de définir les limites et les objectifs des interventions en éducation à la sexualité, compte tenu des différents contextes institutionnel, associatif, collectif ou individuel.

La famille est, bien sûr, le premier lieu de l'éducation à la sexualité, qu'elle soit implicite ou explicite, le premier également où commence à se structurer la sexualité et où se transmettent les valeurs familiales, dans un cadre protecteur et affectif. Cependant, l'école et les associations œuvrent également dans ce champ, comme dans celui de la prévention, et contribuent de manière spécifique et complémentaire à la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents.

Dès lors, un certain nombre de questions deviennent incontournables : comment intervenir en tant que professionnel dans les différents espaces de vie des jeunes, à l'école, dans les structures associatives, dans une relation d'aide, ou encore dans un groupe de parole ? Quels sont les enjeux éthiques et pédagogiques de ces interventions ? Où se situent les limites entre l'intime et le social, le public et le privé ? Comment parler de sexualité, faire de la prévention, sans amener chacun à parler de son intimité ? C'est donc à ces interrogations qui traversent le champ de l'éducation à la sexualité que les intervenants ont tenté de répondre et d'apporter un éclairage à partir de leur réflexion, de leurs pratiques et expériences professionnelles.

Une relation éducative

Chantal Picod, consultante pédagogique à la direction générale de l'Enseignement scolaire (Dgesco) et formatrice en éducation à la sexualité, résume les principes d'intervention à l'école. La question de l'éthique est centrale et fonde la légitimité d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire. Le caractère privé de la sexualité comme les valeurs familiales et culturelles qui la sous-tendent nécessitent de clarifier le rôle et les limites de l'école dans ce domaine.

L'objectif est de concilier le respect de la vie privée, de l'intimité et de la liberté de choix, avec la nécessité de transmettre des valeurs humanistes et des connaissances visant à développer des attitudes de responsabilité et de prévention auprès des jeunes.

La démarche proposée s'appuie sur deux exigences fondamentales : le respect de la vie privée et la référence à des valeurs partagées, liées à la laïcité et aux droits de l'homme.

Dans la sexualité s'articulent et interagissent les trois champs – biomédical, psychoaffectif et social – que l'éducation à la sexualité se doit d'aborder. Outre la transmission de connaissances biologiques qui, pour une large part, relève des enseignements, c'est essentiellement la dimension relationnelle et sociale de la sexualité qui est privilégiée par l'institution. C'est-à-dire tout ce qui concerne l'apprentissage de l'altérité, la construction de la personne dans une culture et une société régie par des règles et des lois.

Le travail que les personnels formés mènent lors de ces séances va se situer du côté de l'accompagnement de la réflexion du groupe à partir des représentations, des stéréotypes, des opinions et *a priori* qui influencent les attitudes et comportements de chacun et empêchent l'appropriation des informations. Autrement dit, c'est par la confrontation, l'échange et le dialogue, dans un temps et un espace de parole cadrés par des adultes, que les jeunes vont commencer à élaborer une réflexion et des réponses à leur questionnement à propos de la sexualité, sans pour autant se mettre en « je ». C'est bien d'intime dont il est aussi question mais inscrit dans le champ social et non pas de l'intimité même des personnes. L'objectif est donc un travail d'élaboration avec les adolescents, de construction de la pensée, qui prend appui sur un cadre contenant indispensable à la relation éducative.

Ce positionnement éthique de l'institution est essentiel à la mise en œuvre

de l'éducation à la sexualité à l'école : il est en effet garant du sens, des limites et des finalités éducatives. Il permet de mieux comprendre la part de cette éducation confiée à l'école qui est aussi un relais pour orienter les élèves vers les structures adaptées en vue d'un accompagnement plus individuel.

De l'importance d'un espace de parole

Pour Nicole Athéa, médecin gynécologue, responsable au Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) des interventions en milieu scolaire auprès d'adolescents, cette éducation ne peut se limiter à une approche biomédicale, à la seule réduction des risques liés à l'entrée dans la sexualité. Une sexualité qui doit être entendue au sens large et pas seulement en termes de rapports de pénétration. L'essentiel de son travail consiste à *« réfléchir aux raisons pour lesquelles des adolescents en situation d'avoir des relations sexuelles n'utilisent pas les informations qu'ils connaissent et pourquoi nombre de rapports ne sont pas protégés »*.

On voit ici encore la différence essentielle entre le rôle d'un intervenant en prévention et celui d'un professeur de biologie : l'objectif n'est pas tant de transmettre des connaissances, dont l'acquisition est néanmoins à vérifier, que de faire travailler les adolescents sur *« les obstacles qui les empêchent de mettre en place des messages de prévention »*. Pour l'intervenant, trois éléments sont déterminants :

– avoir une bonne estime de soi. *« Si l'on ne vaut rien, si l'on est un trou,* comme me le disent parfois certaines jeunes filles*, comment peut-on se protéger ? »* Donc des messages préventifs culpabilisants ou injonctifs ne peuvent que faire obstacle à l'appropriation de l'information ;

– comprendre le sens de leurs comportements. Il s'agit d'aider les adolescents à donner du sens à leurs comportements, leurs prises de risque, à travers par exemple des scénarios, pour leur permettre de « penser et se penser » ;

– sortir des stéréotypes et des repères normatifs, travailler sur le regard que l'on porte aux autres, par exemple par rapport à l'homosexualité. Ce regard est essentiel à l'adolescence car *« plus on va être exclu par ses pairs, plus l'estime de soi va être précarisée, et plus on va s'enfoncer dans les comportements à risque »*.

Le travail de prévention mené ici est aussi appréhendé comme une aide à la maturation psychosexuelle visant à inscrire la sexualité dans une perspective plus large d'image de soi et de projet de vie. Or, réfléchir à la perception de soi et de l'autre, à la perception du regard des autres sur soi, briser les stéréotypes, identifier ses résistances n'exige pas pour autant de dévoiler son intimité, sa vie privée, ses pratiques.

Aborder l'intime pour déculpabiliser

Martine Chausson est conseillère conjugale et familiale à la maternité des Bleuets, à Paris et elle travaille au centre de planification et d'interruption volontaire de grossesse. Elle intervient également pour faire de la prévention en milieu scolaire. En matière d'éducation à la sexualité, elle souligne qu'il faut préciser ce que l'on entend par « intimité » : avec soi-même ? avec les autres ? corporelle ? affective ? sexuelle ? C'est tout cela à la fois. Elle anime des permanences destinées aux adolescent(e)s, et dans le cadre de cette activité souligne à quel point il n'y a pas de message formaté en matière d'éducation à la sexualité : *« C'est à discuter à partir de leurs préoccupations car le message ne peut être approprié que lorsqu'il prend sens pour soi. »* Quand elle intervient devant un groupe d'adolescentes, ce qui la frappe, c'est l'intérêt que chacune d'elles manifeste pour les solutions ou points de vue présentés par les autres adolescentes. La discussion tourne souvent autour de ce que

ces adolescentes ont envie de partager de leur intimité avec leurs proches, avec leurs parents. Cet accueil collectif permet de les déculpabiliser, de les rassurer sur la normalité de leur questionnement, mais aussi de confronter leurs différences, d'échanger sur leurs difficultés à demander ou accepter l'utilisation des préservatifs, ou encore leurs difficultés à acheter des préservatifs à cause du regard des adultes.

C'est donc à travers ces échanges au sein du groupe et dans une relation de confiance avec l'intervenante que peut s'exprimer une part de l'expérience de chacune, et que peut s'ouvrir une réflexion sur la prévention mais également sur les relations entre garçons et filles, ou encore sur la loi. Il s'agit là aussi d'un cadre collectif mais régi par d'autres règles : on y vient en demande pour soi, et pour y parler de soi.

Pourtant ces entretiens collectifs ont aussi leurs limites : pour ceux qui n'osent pas parler d'eux devant les autres, qui craignent de se dévoiler, l'entretien doit alors être individuel afin de faciliter une approche des préoccupations plus intime.

Mettre en mots leur intimité

Pour Brigitte Cadéac, l'écoute téléphonique telle qu'elle est pratiquée par les médecins et psychologues et autres écoutants professionnels de Fil santé jeunes *« permet d'aborder l'intime »*. Elle rappelle dans quel contexte cette ligne a été créée, en 1995, l'implication très forte de la ministre de la Santé d'alors – Simone Veil – et le succès immédiat de cette ligne. Alors, social ou intime ? Fil santé jeunes est un numéro vert anonyme et gratuit qui permet donc une écoute « individualisée » en matière de santé. Des questions intimes puisque les premiers sujets abordés sont la sexualité, la contraception et les relations amoureuses. Brigitte Cadéac insiste sur la méconnaissance des adolescentes qui appellent : *« J'ai parfois l'impression que ces adolescentes qui nous appellent ne connaissent l'information qu'à un certain niveau ; elles se sont très mal approprié cette information. »* Elle rejoint exactement sur ce dernier point le constat de l'ensemble des intervenantes.

Pour en revenir à l'intime, c'est l'anonymat que permet le téléphone, et plus encore l'utilisation du site Internet, qui *« va vraiment leur permettre de mettre en mots leur intimité (…) il n'y a pas de regard, les corps sont à distance, il n'y a pas de pudeur, pas de gêne. »* Des propos qu'un adolescent n'oserait pas tenir par exemple devant un professionnel de santé qu'il aurait en face de lui. Et en quoi ce service de téléphonie santé peut jouer un rôle d'éducation à la sexualité ? *« Nous écoutons ce que les jeunes ont à nous dire, nous essayons de les aider à trouver en eux des ressources pour développer leurs compétences en matière de santé. »* Ce service est aussi un relais vers des personnels compétents quand un suivi ou une prise en charge individuelle, s'avère nécessaire.

Éducation à la sexualité, façon Suisse romande

En Suisse, l'éducation sexuelle en milieu scolaire est décentralisée et donc fonction de chaque canton. Des efforts sont néanmoins faits pour que l'éducation sexuelle soit dispensée dans l'ensemble des établissements, *via* un projet fédéral intitulé Amorix. En Suisse alémanique, ce sont plutôt les professeurs de biologie qui prennent en charge ces interventions ; ces dernières ressemblent davantage à des cours de biologie qu'à des espaces offrant une place au relationnel. La Suisse romande s'est engagée sur une autre voie en mettant en place un programme d'éducation sexuelle obligatoire à l'école, de 6 à 15 ans. Comme l'indique Caroline Jacot-Descombes – responsable du projet Amorix à la Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductrice –, le point fort de ce programme est que ce sont des professionnels ayant suivi une formation de deux ans qui viennent dans les classes. Ils ont le titre « d'animateurs en éducation sexuelle ». L'information dispensée est pragmatique avec entre autres des démonstrations de préservatifs. La question des violences sexuelles est également abordée. Les parents d'élèves sont associés et rencontrent systématiquement les intervenants.

Les questions relevant de l'intimité n'ont pas leur place pendant cette séance collective d'information, en revanche, *« lorsque l'animation est terminée, la formatrice se met à disposition des élèves pour leur permettre de poser des questions personnelles »*. Les animateurs renvoient alors essentiellement vers les structures adaptées (centres de planning, service de téléphonie santé et site d'information Internet renseigné par des professionnels de la promotion de la santé). Mais *« il ne suffit pas de faire de l'éducation sexuelle en milieu scolaire, il faut un relais, une accessibilité aux centres de santé »*, souligne avec force Caroline Jacot-Descombes, rejoignant ainsi ses homologues françaises. Ces centres existent sous différentes formes : conseil, planning familial, consultations spéciales formatées pour l'accueil de jeunes dans deux hôpitaux (Genève et Lausanne).

Il est très intéressant de noter que toutes les intervenantes dressent un constat de non-appropriation par beaucoup d'adolescents des informations concernant la sexualité. Un constat partagé également quant à la nécessité de les aider en différents lieux à mettre en mots leurs représentations, leurs préoccupations, leurs attentes, voire leurs problématiques plus intimes. C'est là tout l'enjeu d'une éducation à la sexualité plurielle et du sens qu'elle peut avoir dans la construction de l'individu et de sa relation aux autres. C'est bien parce que la sexualité est complexe, parce qu'elle relève à la fois d'une construction individuelle et collective et participe au processus d'humanisation, qu'elle nécessite une complémentarité des approches allant du social à l'intime.

Félicia Narboni
Responsable du dossier « Éducation à la santé et à la sexualité », direction générale de l'Enseignement scolaire, ministère de l'Éducation natianale, Paris.

Bibliographie

• Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche. Direction de l'Enseignement scolaire. *L'éducation à la sexualité au collège et au lycée*. Guide du formateur. Paris : CNDP, coll. Repères, 2004 : 56 p.
• Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Direction de l'Enseignement scolaire. *Éducation à la sexualité*. Guide d'intervention pour les collèges et les lycées. Paris : CNDP, coll. Repères, 2005 : 64 p.
• Athéa N., Couder O., Crips. *Parler de sexualité aux ados*. Une éducation à la vie affective et sexuelle. Paris : Eyrolles, 2006 : 310 p.

Formation des enseignants : développer l'éducation pour la santé

Comment faire entrer l'éducation pour la santé dans les établissements scolaires ? À partir de fin 2006, des professionnels vont être formés spécifiquement à l'éducation pour la santé pour pouvoir ensuite initier les futurs enseignants dans les IUFM. Avec un double objectif : développer une culture commune et favoriser le travail en partenariat avec les professionnels extérieurs à l'école pour qu'ils puissent y intervenir. Un changement radical dans les pratiques.

Comment développer les compétences des professionnels de l'Éducation nationale en matière d'éducation pour la santé ? La session organisée par l'INPES a permis, par le biais des quatre présentations et des nombreuses interventions des participants, de constater que cette thématique est complexe et nécessite une réflexion approfondie pour envisager voire proposer des améliorations du ou des dispositifs de formation actuels.

Parce que l'école a une responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, les partenaires institutionnels et associatifs de veiller à la santé des jeunes, il existe déjà un cadre dans le domaine de l'éducation à la santé en milieu scolaire : textes, programmes, missions définies pour les différentes catégories de personnels. Mais le véritable enjeu est de développer une culture commune entre les enseignants et les autres professionnels concernés. Il ne saurait y avoir de développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire sans reconnaissance mutuelle des partenaires et sans un développement de ce partenariat pour la mise en œuvre de projet partagé au sein des établissements scolaires.

Dans ce contexte, la formation devra prendre en compte la diversité d'approche de tous les professionnels qui sont amenés à développer des actions d'éducation à la santé auprès des jeunes.

Quel contenu transmettre ?

Jeanne-Marie Urcun, médecin conseillère technique au ministère de l'Éducation nationale, a rappelé l'évolution importante de la manière dont a été abordée la prévention à l'école au cours de ces dernières années. Depuis les années quatre-vingt, le concept de promotion de la santé a été défini par la charte d'Ottawa (1986) : « *Un tournant dans la mise en place de l'éducation pour la santé, la promotion de la santé introduisant cette notion positive qui met en valeur non seulement les capacités physiques mais aussi les ressources sociales et individuelles.* » L'école comme lieu privilégié d'éducation à la santé a intégré cette évolution. C'est donc une tout autre ambition que poursuit aujourd'hui l'éducation à la santé en milieu scolaire : montrer, par exemple, combien être en bonne santé est une source de bien-être, développer une approche globale de la personne. Ici, une réflexion sur la démarche éthique à appliquer est indispensable : quand on fait de la promotion de la santé, « *au-delà d'une simple transmission de savoir, on implique une réflexion sur le savoir-faire et le savoir-être de la personne* ». Or cette démarche de promotion de la santé est bien plus complexe qu'une simple démarche d'information sur la santé : elle nécessite une connaissance très précise, tant du contenu de ce que l'on veut transmettre que de ceux à qui s'adresse ce message.

Ce nouveau concept d'éducation et de promotion de la santé a provoqué un changement radical dans les pratiques des professionnels qui intervenaient

dans ce domaine. La mise en place de cette nouvelle approche d'éducation qui doit être adaptée aux attentes et aux préoccupations des jeunes en tenant compte de leur environnement a nécessité bien évidemment pour les intervenants l'acquisition de nouvelles compétences.

Mobiliser les IUFM

C'est dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) que les futurs enseignants peuvent bénéficier d'une formation initiale ou continue en éducation pour la santé. Beaucoup reste à faire mais la situation est en train d'évoluer à la suite de plusieurs initiatives importantes. Bernadette Aubry, responsable du centre de formation de l'IUFM de Champagne-Ardennes, en a présenté la synthèse, dont les points saillants sont les suivants :

– création, en 2005, d'un réseau national des IUFM pour dresser un état des lieux. Vingt-neuf des trente et un IUFM y participent activement et ont nommé un formateur référent pour l'éducation à la santé. Deux cents formateurs ont été auditionnés ;

– mise en place de formations de formateurs sur l'ensemble du territoire ; pour l'instant une première formation de formateurs a été expérimentée dans la région Nord-Est, elle sera étendue à la rentrée universitaire 2006-2007. Plusieurs autres actions sont en cours dans ce même cadre, comme la production d'outils pour former les enseignants à l'éducation à la santé. Par ailleurs, depuis la tenue des Journées de la prévention de l'INPES, un colloque a été organisé par le réseau des IUFM à Paris, les 10 et 11 mai 2006, pour développer l'éducation pour la santé.

Ce dispositif qui est en train de se mettre en place devrait permettre à l'éducation pour la santé d'avoir une place accrue dans la formation initiale des enseignants, une nécessité qui n'a été contestée par personne lors du débat qui a suivi. Les échanges se sont concentrés sur la délicate question des partenariats : comment former les enseignants et les autres professionnels ? Les « extérieurs » doivent-ils intervenir dans les classes et comment ? Un constat quasi unanime a été dressé : c'est au niveau du partenariat que le bât blesse, comme en témoigne, entre autres, la suspicion affichée par certains enseignants par rapport aux compétences des intervenants extérieurs…

Formation commune enseignants/professionnels de santé

La région Champagne-Ardennes a justement réussi à faire fonctionner ces partenariats : les formateurs travaillent à partir d'une brochure sur l'estime de soi élaborée par le Comité régional d'éducation à la santé (Cres), un document précieux pour les futurs enseignants et qui leur permet de se forger des bases sur la question centrale de l'estime de soi. Mais, dans la plupart des régions françaises, ce partenariat peine à se mettre en place. Il est pourtant incontournable : *« Si nous voulons développer une culture commune, que les enseignants se sentent concernés par l'éducation à la santé, il faut une cohérence dans les formations qui se développent et que puissent s'y côtoyer des enseignants et des personnels de santé pour travailler à cette culture commune »,* a résumé Bernadette Aubry. Concrètement, cela veut dire développer des formations communes réunissant des futurs enseignants de toutes les matières (maths, SVT, EPS, etc.), des professeurs des écoles mais aussi les professionnels de santé. D'où la démar-

che entreprise de former les formateurs à une culture commune, à un référentiel commun, que l'éducation à la santé devienne « visible et lisible » dans la formation.

La partie est loin d'être gagnée, il faudra vaincre des réticences, au moment précis où la majorité des enseignants partent à la retraite, c'est la fonction de l'enseignant qui est en pleine mutation. L'enseignant se trouve partagé entre les attentes sociales, qui sont fortes, et les représentations qu'il peut avoir du métier. *« Beaucoup d'enseignants pensent que l'éducation à la santé est l'affaire des professeurs de sciences, d'éducation physique ou des conseillers principaux d'éducation ; d'autres pensent que c'est l'affaire des personnels de santé et des familles »,* souligne Bernadette Aubry. Pour réussir, il faut donc vaincre ces réticences, y compris chez les formateurs : certains sont peu enthousiastes à l'idée de devoir utiliser un référentiel de développement de leurs compétences, en cours de développement par le réseau des IUFM, outil qui apporterait justement cette « culture commune ». Deux autres ingrédients sont indispensables pour réussir : la volonté politique – l'éducation à la santé n'est actuellement pas toujours une priorité dans la formation continue – et les moyens financiers.

Faire entrer les professionnels de santé dans l'école

Autre pratique présentée sur cette thématique du développement des compétences des professionnels, l'action mise en place par l'Assurance Maladie, l'Éducation nationale, le centre d'examen de santé, le comité régional d'éducation pour la santé et de multiples autres partenaires dans la commune de Saint-Maur (Indre). Il s'agit d'un programme intégré d'éducation pour la santé, de la maternelle au primaire (3-11 ans), dans un groupe scolaire, installé sur la durée (huit ans). L'objectif est de former les enseignants et *« d'intégrer la prévention santé dans le mode de vie des élèves »* – comme l'indique Marie-France Berthier, de la CPAM – en combinant les interventions des enseignants et des professionnels de santé (infirmières et médecins scolaires, animateurs en éducation pour la santé, médecins nutritionnistes, diététiciennes, etc.). L'état de santé des enfants a été évalué par l'Observatoire régional de santé (ORS), des entretiens ont été menés avec les parents qui sont associés au processus – une nécessité soulignée par de nombreux autres intervenants, y compris d'autres pays. Résultat : *« Nous avons pu repérer les carences, en matière bucco-dentaire, nutrition, sommeil, hygiène de vie, consommation de tabac/alcool pour les CM1 et CM2, puis mettre en place des actions adéquates, travailler, par exemple, sur le "comment dire non" en éducation affective et sexuelle. »* Le bilan dressé pointe une meilleure connaissance des messages de prévention chez les enfants après deux ou trois ans de ce travail. Cette action a permis une réflexion transversale entre les différents professionnels qui sont intervenus, un lien fort avec les familles et une aide au repérage des élèves fragilisés ou en difficulté. Marie-France Berthier précise : *« Si l'on veut faire de la prévention primaire avec les enfants, je ne vois pas d'autre solution que de travailler en complémentarité avec l'Éducation nationale et les autres partenaires. »* L'évaluation de l'impact de cette action reste à faire.

Au cours de cet atelier, les présentations et les échanges avec les participants ont mis en évidence la question essentielle de la formation des différents personnels et professionnels qui interviennent en éducation à la santé, compte tenu des compétences et la nécessité « d'ouvrir » l'école à ses partenaires.

Par ailleurs, de nombreuses actions et initiatives ont été engagées dans les académies au cours de ces dernières années en matière de formation initiale et continue des personnels. Cependant, ces actions doivent trouver une lisibilité et une cohérence accrues en étant pleinement inscrites dans les politiques académiques de formation et permettent ainsi à la communauté scolaire de créer un socle commun de connaissances nécessaires au développement de projets éducatifs dans les établissements scolaires tout en favorisant la mise en synergie des compétences pour promouvoir l'éducation à la citoyenneté et à la santé.

Christine Kerneur
Infirmière, conseillère technique
Éducation à la santé, direction générale de l'Enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale, Paris.

Nord – Pas-de-Calais : quand l'ivresse crée le conte

« Ce conte, outil d'éducation à la santé, a été créé après que des enfants de 5 à 9 ans ont été retrouvés ivres dans un réduit désaffecté d'un immeuble collectif. » Marc Beaurepaire, chargé de projet en éducation pour la santé au Cres Nord-Pas-de-Calais, présente un outil d'intervention créé et utilisé par les infirmières scolaires. Un centre de soins infirmiers a développé ce programme à la demande des parents de ces enfants pris dans cette ivresse collective. Issu d'un programme québécois, « Les amis de mon jardin » est un outil autour d'un conte qui rassemble neuf petites histoires où les légumes sont les habitants d'un quartier, avec leurs solidarités et leurs trahisons. En sept séances, le conte permet d'aborder le mensonge, la peur, la connaissance de soi, des autres, la jalousie, l'injustice, les préjugés, l'exclusion, la pression du groupe. *« Nous avons travaillé sur la fonction symbolique et l'éveil des enfants par le conte (…) jouer pour devenir soi à travers la socialisation, pour faire naître des rêves, pour passer de soi à la socialisation. »*
L'ensemble de ce programme vise à aider les enfants à retrouver leurs capacités, avec une forte implication des parents ; outre les séances de conte, il intègre plusieurs types d'actions associant enfants et familles et s'appuyant sur un réseau d'acteurs pluridisciplinaires. L'outil a été diffusé au total à sept cent cinquante exemplaires, y compris en Belgique. Seul problème mais de taille : pour être utilisé correctement, cet outil demande une formation, laquelle a été arrêtée depuis 2003 pour raisons budgétaires. L'outil est largement utilisé dans les quartiers défavorisés. Interrogé sur l'évaluation et les résultats, Marc Beaurepaire dresse un bilan positif mais prudent : dans un quartier qui expérimente ce programme depuis vingt-cinq ans, les résultats sont tangibles et consignés dans un livre ; mais, dans ce même quartier, le médecin impliqué indique que cela n'a pas diminué les conduites de consommations à risques en matière d'héroïne et de cannabis. Néanmoins, *« ce que nous avons constaté, c'est que les jeunes s'inscrivent plus facilement dans la vie sociale, que les jeunes et leurs parents renouent des contacts autour du livre. Que, de fait, un certain nombre de ces parents investissent des responsabilités au sein des établissements. »* En résumé, le conte est le catalyseur du lien social.

Le rôle des pairs dans la santé des adolescents

Lorsqu'ils sont en difficulté, les jeunes vont essentiellement se confier à des pairs, d'autres jeunes qui peuvent être des relais avec les adultes, des médiateurs ou des détenteurs d'informations. Des infirmières, des enseignants et responsables d'établissements témoignent des expériences mises en œuvre en France et au Québec. L'éducation par les pairs démontre son intérêt, à condition de s'adosser en permanence à des professionnels, de suivre une méthodologie et de former les pairs pour garantir leurs compétences, comme le souligne le modérateur de cette session, Marc Schoene.

Vaste thématique pour l'éducation à la santé que celle des *pairs*, de la définition que l'on en propose, du rôle qu'on attend d'eux, de leurs liens avec les adultes. L'atelier a permis d'exposer quelques données générales suivies d'expériences et d'un débat très riche au cours duquel ont été évoquées de nombreuses interrogations et remarques que les interventions de pairs peuvent susciter. Le résumé de ces échanges ici exposé présente les moments qui m'ont semblé les plus utiles, invitant le lecteur intéressé à lire le texte intégral de l'atelier, disponible en ligne.

Les pairs et la santé des adolescents

Au moins deux raisons peuvent fonder l'intervention en santé par des pairs. La première est le constat que, lorsqu'ils sont en difficulté, les jeunes vont essentiellement se confier à leurs pairs, c'est-à-dire à leurs camarades et parfois, à l'intérieur de la famille, à des pairs ayant un statut un peu spécifique : la mère, parfois la sœur. La deuxième raison est que lorsque dans des programmes de santé publique on essaye d'appliquer la charte d'Ottawa, c'est-à-dire conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, l'approche par les pairs paraît répondre à cette définition de la promotion de la santé.

Les conditions d'une réussite

Tout d'abord, quelles sont les conditions pour réussir l'implantation d'un programme par les pairs ? Deux grands types d'approche par les pairs peuvent être distingués, celui des pairs « multiplicateurs », qui ont vocation à fournir une information, un peu à la place des adultes, et celui des pairs « entraidants », qui sont à l'écoute des demandes des autres adolescents et qui jouent un rôle de relais auprès des adultes. Il convient donc de bien définir de quels pairs on parle, et d'établir un contrat d'action précisant le contenu du projet, les valeurs le sous-tendant et ses règles éthiques, le rôle joué, d'une part, par les pairs et, d'autre part, par les adultes référents qui vont les accompagner. Il faut préciser les limites de l'intervention des pairs, et insister sur la notion de confidentialité et d'anonymat, puisque ces pairs vont être des confidents de leurs camarades. Les programmes doivent pouvoir s'inscrire dans la durée, les responsables institutionnels sont invités à adhérer réellement à cette stratégie, et il convient de s'assurer des ressources disponibles, car cette approche demande beaucoup de ressources et nécessite souvent de s'appuyer sur des équipes extérieures. Le troisième aspect, c'est d'avoir une méthodologie précise tant au niveau du recrutement des pairs – pour lequel différentes techniques existent – que de la formation et du suivi des pairs pendant ce programme. L'évaluation, nécessaire, est difficile car l'action que développent les pairs est souvent interpersonnelle et présentant donc très peu de visibilité.

Des perturbateurs devenus pairs

Qu'en est-il de l'approche par les pairs en milieu scolaire ? Dans ce domaine, une expérience originale évoquant des pairs-leaders « négatifs », développée dans un collège, a été présentée. Les leaders négatifs, c'est-à-dire ceux qui ont rapidement acquis une image très négative, qui sont déjà stigmatisés dans tous les rapports les concernant. *« On les rassemble en présence de toutes les compétences en interne, on leur dit qu'ils ont donné une image très négative d'eux-mêmes et que l'on ne sait pas comment ils vont s'en sortir, mais que nous voulons éviter le conseil de discipline et essayer de travailler avec eux. »* Une fois par semaine – entre onze heures et midi – étaient réunis jeunes et adultes pour « tout mettre sur la table ». Les jeunes qui étaient stigmatisés violents renvoyaient aux adultes leur propre violence. Leur enjeu était de modifier l'image que les adultes avaient d'eux ; ils ont donné une image de jeunes responsables, engagés, positifs, qui pouvaient faire des choses importantes dans le lycée. Il est nécessaire de faire des bilans avec ces jeunes et les professeurs, pour réfléchir au moyen de faire passer le dispositif et le développer sur différents sujets.

Délégués : des pairs ignorés

Autre expérience présentée, celle des délégués des élèves dans les établissements scolaires, qui sont des pairs trop souvent ignorés.

Des références de textes utiles ont été données :
– le décret de septembre 1969, qui institue les délégués de classe ;
– la loi d'orientation de 1989, qui place l'élève au centre du système éducatif ;
– le décret de février 1991, qui octroie aux lycéens les droits de réunion, de

création d'association dans l'établissement scolaire, avec l'aval du chef d'établissement.

Le délégué de classe est tout à la fois un informateur, qui doit chercher les informations pertinentes, savoir où les chercher et auprès de qui les diffuser, rester le plus fidèle dans l'information qu'il a à transmettre à ses pairs, un interlocuteur privilégié qui doit connaître les compétences des différentes instances des établissements scolaires et les décisions qui y sont prises, un animateur de débat, de réunion, ayant le sens des responsabilités et un évaluateur, qui devra, entre autres, rendre le bilan de conseil de classe à ses pairs.

Les délégués sont là pour représenter leurs camarades, leurs pairs, faire le lien entre les élèves, faire le lien entre les élèves et la communauté éducative. Ce sont des coordinateurs, des intermédiaires, des porte-parole. Pour pouvoir assumer ces missions nombreuses et complexes, les délégués devraient recevoir une formation. Des exemples ont été donnés des formations existantes. Souvent, les enseignants sollicitent les délégués pour retendre le lien s'il a été brisé. Ils leur demandent d'être des médiateurs. Les délégués ont donc une place privilégiée et, quand ce rôle et cette fonction sont pris en compte, ils peuvent être de véritables pairs. Pour que les délégués des élèves aient leur place dans la communauté éducative, il faut vraiment une implication très forte de l'établissement scolaire ; que les textes soient appliqués ; que les élections se passent en bonne et due forme.

Être jeune relais

Plusieurs autres actions entreprises en milieu scolaire ont été présentées. Ainsi, une infirmière scolaire a expliqué comment elle s'appuyait désormais sur des « jeunes relais » pour certaines de ses interventions. Les jeunes relais interviennent dans un domaine de la relation amoureuse et de la sexualité. L'infirmière s'est rendu compte que chaque fois qu'un jeune venait confier une expérience douloureuse, assez systématiquement il en avait préalablement parlé à un ou une camarade. D'où le projet de soutenir et d'accompagner ces jeunes dans leur démarche solidaire. En début d'année, il est donc proposé aux lycéens de participer à une formation sur la relation amoureuse et la sexualité ; ils peuvent ensuite s'engager ou non en tant que jeunes relais.

Un autre projet présenté, original, a été celui du *sky blog*, boîte aux lettres accessible et simple, qui correspond bien aux moyens de communication des jeunes. Chaque mois, il y a entre cent cinquante et deux cents visites, un succès lié à la confidentialité, l'anonymat, la facilité d'accès, sachant qu'il y a des ordinateurs dans le lycée, et que presque tout le monde a maintenant un ordinateur chez lui. L'intervenante a exprimé combien les jeunes relais se sentent utiles, que le fait d'avoir le même âge que ceux qui s'adressent à eux facilite le contact et crée un lien de confiance qui ferait peut-être défaut dans une relation adulte/jeune.

Québec : des jeunes à l'écoute de leur milieu

L'intervention par les pairs est largement développée au Québec et intervient à la fois dans l'école, dans les services de santé, dans les services d'insertion socioprofessionnelle et dans les services de protection de la jeunesse.

• *L'influence sociale* est l'un des premiers modèles utilisant l'intervention par les pairs. Elle s'appuie sur des fondements théoriques liés à l'apprentissage social, à l'éducation partagée et à la socialisation. Il s'agit de pairs à qui l'on va donner un rôle de modèle pour qu'ils influencent positivement. On se confie à ses pairs, on est influencé par ses pairs, donc jouons le jeu de cette influence pour développer des mécanismes d'intervention et de prévention en santé !

• Le deuxième modèle d'intervention est *l'entraide*. Au-delà de l'influence, certains jeunes vont s'entraider et passer ensemble un certain nombre de difficultés. En cas de difficulté, on a tout intérêt à avoir un soutien social qui va aider. Des conseillers d'établissements ou de prévention des toxicomanies se sont réunis avec les professionnels et les différents acteurs et ont réfléchi sur ce qu'ils devaient faire avec des jeunes qui ont l'air d'être plus en difficulté. Ont été développés des groupes de réflexion qui se sont réunis de six à huit semaines, l'objectif étant d'amener les jeunes à réfléchir sur leur consommation et les difficultés qu'elle entraînait dans leur quotidien.

• Le troisième modèle est celui du *relais ;* il consiste à faire en sorte que les jeunes soient positionnés entre le monde adulte et le monde des jeunes, entre le monde de la rue et le monde des ressources institutionnelles en santé, ou entre le monde enseignant et le monde des pairs. L'objectif pour ces jeunes étant d'être à l'écoute de leur milieu, d'être capables de traduire dans l'autre monde social les demandes et les besoins des autres. Après une formation, ils vont avoir un rôle important d'accès aux services de soins et de santé, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'école. Ce sont vraiment des courroies de transmission et en même temps des traducteurs des besoins des jeunes et des réponses à ces besoins.

Marc Schoene
Président de l'Institut Renaudot, Paris.

Promouvoir l'activité physique à l'adolescence

Comment favoriser la pratique de l'activité physique à l'adolescence ? Médecins, sociologues, élus ou éducateurs, cinq experts ont présenté des programmes mis en œuvre en France (département du Bas-Rhin et ville d'Angers) et au Québec. Il en ressort que les dispositifs incitatifs tant en milieu scolaire qu'en ville amènent les adolescents à pratiquer davantage d'activités. À condition d'avoir une politique différenciée pour les filles et d'aider financièrement les familles modestes à prendre en charge les coûts.

De bonnes habitudes alimentaires et un mode de vie actif sont déterminants de l'état de santé des individus, notamment lorsqu'il s'agit de prévenir l'apparition de maladies comme l'obésité, le diabète, les cancers ou les troubles cardio-vasculaires. Les adolescents sont d'autant plus concernés que leur comportement sédentaire augmente. Et l'adolescence coïncide très souvent avec une perte d'assiduité dans leur pratique sportive.

En quoi la pratique sportive des adolescents est-elle différente de celle des adultes ? Peut-elle être le support des messages développés dans le cadre de la politique nutritionnelle conduite en France ? Que faut-il changer pour susciter chez les jeunes le désir d'activités physiques ? Qui des clubs, des établissements scolaires ou de la famille doit évoluer ? Autant de questions qui ont été abordées jeudi 30 mars, par le biais de quatre exposés lors des journées annuelles de la prévention à l'INPES, qui se sont tenues à Paris.

Un ressenti différent

Au travers d'une étude, Claire Perrin, sociologue et maître de conférences à l'IUT de formation et de recherche Staps de Lyon, a cherché à cerner les comportements et les ressentis des adolescents dans leur pratique sportive. Pour eux, le sport n'est que rarement associé à l'idée de faire du bien à sa santé, quels que soient le degré et le type de pratique. Pour les jeunes, pratiquer un sport, c'est d'abord éprouver un sentiment de liberté, rechercher la performance pure et dure – pour ceux qui, en club, pratiquent la compétition – ou s'identifier à un modèle. C'est aussi développer la convivialité et les liens sociaux. Même lorsqu'ils adoptent un comportement « zappeur », en changeant continuellement de sport, les adolescents mettent en avant les notions de plaisir, sociabilité, expression de son identité.

Autre constat : nombre d'activités de promotion de l'activité physique à l'adolescence ne dissocient pas garçons et filles dans leur pratique, alors qu'elles ont des besoins et des perceptions différents. Le message associant le sport à la santé est d'autant plus mal perçu par les filles qu'elles connaissent à la puberté un développement de leur masse grasse. La société leur renvoie un modèle féminin tout en minceur, à un moment de leur vie où elles sont moins brillantes que les garçons dans les activités physiques. En cours d'EPS, cela coïncide avec une certaine lascivité vers la 4e, 3e. Ne pas analyser cette attitude, c'est oublier un peu vite les bouleversements subis par leur corps et l'impossibilité pour elles d'en parler. Elles finissent selon Claire Perrin par en éprouver une certaine culpabilité. Les messages très ciblés sur une perspective de forme, d'hygiène et de maintien en bonne santé ne semblent donc pas adaptés aux adolescents.

Comment modifier les comportements ?

Dans le Bas-Rhin, une étude Icaps a été menée dans deux groupes d'établissements scolaires par le Dr Chantal Simon, professeur d'université en nutrition à Strasbourg, afin d'évaluer les risques liés à l'inactivité sportive chez l'enfant et l'adolescent. Un groupe de quatre collèges mettait en œuvre les mesures nouvelles tandis que quatre autres servaient de référent. Pour le Dr Simon, les trente minutes d'activités préconisées quotidiennement semblent insuffisantes pour les enfants. Comme la durée quotidienne consacrée à l'activité physique tend à diminuer à cause de la présence de téléviseurs dans 45 % des chambres d'adolescents et de l'utilisation des jeux vidéo ou de l'ordinateur, seuls les cours de sport dispensés au collège touchent désormais tous les jeunes. En vingt ans, ces changements ont abouti à une perte des capacités physiques des adolescents de 10 %.

Le département a décidé d'intervenir de façon volontariste. Il s'est fixé sur quatre ans plusieurs objectifs : modifier la motivation vis-à-vis du sport, l'utiliser comme support social et changer les comportements sans contraintes. Des bilans médicaux sont effectués tout au long de l'expérience.

Pour répondre au comportement « zappeur », on a offert aux jeunes la possibilité de changer d'activité chaque trimestre. La pratique le midi et en période non scolaire a été proposée. Les jeunes ont été encouragés à venir à pied ou à vélo à l'école. Le jeu a été réintroduit lors des pauses et des permanences.

Les résultats sont très rapides et encourageants. Aujourd'hui, 90 % des adolescents du programme suivent au moins une activité en plus de leur cours d'EPS. Le risque d'être en surpoids a baissé de 20 % dans les collèges actions

par rapport aux collèges témoins. Ce succès à mi-parcours ne doit pas éluder la question d'une réflexion à long terme sur la politique d'urbanisme et de transport. Bouger, c'est l'affaire de tous et, même sans parler d'alimentation, on peut avoir un impact sur les comportements des adolescents et donc sur leur santé.

Cibler les plus défavorisés

À Angers, l'équipe municipale en place depuis 2001 (Jean-Luc Rotureau, adjoint chargé du sport) a cherché, elle aussi, à augmenter la pratique sportive en augmentant la motivation des jeunes, en l'associant à des valeurs comme la solidarité et le lien social, et en limitant le coût. C'est la pratique encadrée en club ou à l'école qui a été choisie comme support des changements. L'une des mesures phares a consisté à faire baisser les tarifs en prenant en charge une partie des coûts pour les familles à bas revenus. Des animations spécifiques pendant les vacances et les mercredis ont été mises en place. Désormais, 30 % des 6-10 ans pratiquent un sport dans un club, 45 % des 11-14 ans et 25 % des 14-18 ans. Le taux de famille à faible revenu pratiquant un sport a bien augmenté, ce qui correspond précisément à l'objectif visé. Le travail de concertation avec la caisse d'allocations familiales a été déterminant dans le succès de l'opération. Les sports collectifs comme le foot ou le basket-ball sont plébiscités de même que les sports de combat (judo et karaté).

Le bilan au terme de cinq ans est encourageant puisque ce sont mille cent cinquante jeunes qui sont concernés en 2006 contre deux dizaines de familles en 1999. Reste une question à résoudre : face à la démission des parents vis-à-vis de leurs enfants, les bénévoles des associations se voient contraints d'assurer l'encadrement des jeunes. Ils se sentent souvent seuls et le besoin de soutien, humain et financier de la Ville, est impérieux.

Faire évoluer l'environnement : l'exemple du Canada

Au Québec, Véronique Martin (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) explique, sans surprise, que les adolescents font eux aussi de moins en moins de sport. Ils passent en moyenne quinze heures par semaine devant la télévision et un jeune Québécois sur cinq présente un excès de poids. Entre 12 et 17 ans, moins de la moitié des enfants sont actifs pendant leurs loisirs (pratique quotidienne d'une heure environ pour un équivalent de 2 000 kcal dépensées par semaine), 27 % sont moyennement actifs (1 000 kcal dépensées) et un tiers affirme être sédentaire et ne rien faire. On constate une nette différence entre garçons et filles, ces dernières étant beaucoup moins actives (35 % contre 52 % de garçons). Pour elles, la compétition n'est pas un critère motivant alors que la bonne forme et le plaisir en sont un. Elles sont en demande d'un programme qui ne soit pas le même que celui des garçons, contrairement à ce qui se pratique aujourd'hui.

Pour inciter les jeunes à bouger plus, on a promu les déplacements à vélo, à pied ou en patins (ce qui est un défi, l'hiver, au Canada car il faut dans ce cas déblayer les trottoirs). Les messages nouveaux ont insisté sur la notion de plaisir au détriment du sempiternel maintien en bonne santé.

Au Québec aussi, on s'est rendu compte de l'impact positif d'une offre différente : horaires élargis avec adaptation des horaires des transports en commun, choix de nouvelles disciplines (arts du cirque ou skateboard, par exemple).

Dès la rentrée 2006, il y aura cent vingt minutes de sport par semaine à l'école contre soixante aujourd'hui. L'objectif est qu'en 2008 30 % des écoles primaires et secondaires soient parvenues à changer leur environnement pour augmenter la pratique sportive de façon durable. Elles peuvent y parvenir si elles proposent des activités nouvelles à l'heure du déjeuner, y compris peu conventionnelles : danse aérobic, kinball ou beach-volley, même si cela nécessite une installation spéciale. Le concours « école active » semble bien fonctionner. Il récompense les établissements ayant œuvré de façon durable pour promouvoir l'activité physique. Trois axes sont privilégiés : organiser les récréations, élargir la palette d'activités proposées et favoriser et sécuriser les transports actifs vers l'école. Toutes ces initiatives impliquent le milieu scolaire et municipal.

François Dantoine
Médecin de santé publique, direction des Sports, bureau de la Protection du public, de la Promotion de la santé et de la Lutte contre le dopage, ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris.

Enfants : mieux vivre avec une maladie ou un handicap

L'acquisition de compétences psychosociales, en particulier l'estime de soi, par l'enfant malade ou handicapé, relève d'une responsabilité partagée. Tout en nommant les difficultés de l'enfant, il est important de porter sur lui un regard qui lui signifie ses possibilités. Les compétences psychosociales peuvent faire l'objet d'interventions éducatives, dans les différents milieux de vie de l'enfant, qui sont d'autant plus efficaces qu'il n'y a pas de rupture de communication ou de conflit d'objectifs entre les différents intervenants. Toute intervention devrait être précédée d'un recueil d'information sur ce que vit l'enfant, ce qu'il sait et ce qu'il désire.

Mieux vivre avec une maladie ou un handicap quand on est un enfant, c'est d'abord avoir la possibilité de vivre et grandir avec le désir de grandir ! Un enfant qui grandit est une personne dont l'identité est en construction. Or, l'image de soi qui compose le sentiment d'identité et qui se dessine dans la relation à autrui peut être fortement altérée chez un enfant malade ou handicapé, au point que « grandir » puisse ne plus être perçu comme désirable ou possible.

Accueillir un enfant malade ou handicapé, que l'on soit parent, éducateur ou soignant, c'est accueillir un enfant qui a certes des besoins spécifiques liés à sa maladie ou à son handicap mais c'est aussi accueillir un enfant qui, comme tous les autres enfants, a des besoins qui sont liés à son âge et à ses stades de développement : besoin d'être accueilli, aimé, rassuré ; puis, au fur et à mesure que l'enfant grandit : besoin de jouer, d'explorer et d'apprendre... Aider un enfant à « mieux vivre avec une maladie ou un handicap », c'est d'abord porter sur lui un regard qui lui signifie ses possibilités de développement, au contraire d'un regard qui l'enfermerait dans ses limites. Et ce, dès le moment du diagnostic, qui peut être aussi précoce que la naissance, car *« l'enfant va développer des savoir-faire qui lui sont propres et que l'on ignore a priori »* (1).

Une responsabilité partagée

Le développement harmonieux d'un enfant malade ou handicapé passe aussi par le développement d'un certain nombre de compétences psychosociales qui contribuent à forger ou consolider son estime de soi et qui lui permettent d'exister dans sa différence, notamment face à ses pairs, qui jouent un rôle primordial pour son développement, la construction de son identité et l'acceptation ou non de sa maladie : identification, complicité, transgression, soutien émotionnel, etc., sont autant de facteurs relationnels qui consolident l'image de soi et le sentiment d'exister chez l'enfant atteint de maladie chronique ou de handicap (2, 3). Le développement des compétences psychosociales est une approche éducative qui ne discrimine pas l'enfant au sein de son groupe de pairs. En effet, les compétences psychosociales qui peuvent s'énoncer, entre autres comme *« se connaître soi-même », « avoir confiance en soi », « savoir gérer les conflits et les émotions »,* comme le propose M. Jacquier-Roux (4), constituent des objectifs éducatifs qui sont pertinents pour tous les enfants, quels que soient leur état de santé ou leur capacité d'apprentissage, et qui peuvent par conséquent faire l'objet de programmes éducatifs à l'école ou dans d'autres lieux d'accueil des enfants, y compris l'hôpital.

Le développement des compétences psychosociales, qui sont en réalité des compétences de vie, relève d'une responsabilité partagée, entre notamment les parents de l'enfant (sa famille), des éducateurs (crèches, écoles, centres de loisirs, centres d'accueil spécialisés) et des soignants. Pour cela, il est important qu'une bonne communication puisse s'instaurer entre ces acteurs, que les difficultés mais aussi les possibilités de l'enfant soient reconnues et nommées, et que les responsabilités des uns et des autres dans la prise en charge de l'enfant, y compris la responsabilité de l'enfant vis-à-vis de lui-même, soient explicitées tout en demeurant susceptibles d'être négociées et modifiées au fur et à mesure que la situation évolue.

Épauler les parents, écouter les enfants

Les parents sont les premiers tuteurs du développement de leur enfant et, par conséquent, de son adaptation psychosociale à la maladie ou au handicap. Les parents servent aussi d'intermédiaire entre l'enfant et ses autres milieux de vie. Enfin, c'est aux parents qu'incombe le plus souvent la tâche de prendre soin, au sens médical du terme, de leur enfant malade ou handicapé. Or, apprendre à soigner son enfant ne va pas de soi… la douleur de l'enfant entre en résonance avec la souffrance des parents, et les sentiments de culpabilité qui peuvent émerger de part et d'autre sont peu propices au « mieux vivre ». C'est donc les parents (et par extension les familles) qu'il convient d'aider en tout premier lieu dans le cadre de leur propre processus d'adaptation à la maladie ou au handicap de leur enfant. Les parents, en effet, ont besoin de se sentir suffisamment bien

formés et compétents pour prendre soin, au sens médical du terme, de leur enfant, mais ils ont besoin, aussi, d'être *« reconnus dans leur capacité à être parents et de pouvoir se représenter un avenir possible »* (5).

C'est pourquoi l'éducation thérapeutique des enfants atteints de maladie s'adresse aux enfants comme aux parents (6). Dans le cadre des soins, il est important de ne pas s'occuper uniquement de la maladie et du traitement, mais de prendre en compte aussi toute l'expérience de vie avec la maladie. En ce qui concerne l'enfant, toute transmission d'information devrait être précédée d'un recueil d'informations sur ce que vit l'enfant et sur ce qu'il sait et désire. Pour cela, des méthodes adaptées au stade de développement de l'enfant, telles que des méthodes ludiques, devraient être proposées (2, 7). En effet, l'enfant a un droit fondamental qui est celui d'être entendu et éduqué par des méthodes qui soient adaptées aux capacités cognitives propres à son âge. À défaut de jeux, les questions posées doivent être ouvertes et reprendre les mots utilisés par l'enfant pour parler de sa maladie. En effet, c'est à partir de l'expression de l'enfant qu'un véritable processus d'apprentissage peut se mettre en place. Malheureusement, il y a parfois des routines qui s'instaurent dans les services de soins et qui ignorent que l'enfant est un être en développement dont les connaissances et les perceptions évoluent : ce qu'il savait ou croyait savoir de sa maladie lors d'une précédente consultation n'est plus forcément ce qu'il sait ou croit savoir de sa maladie aujourd'hui, dans la mesure où il a grandi, où il a fait d'autres expériences, où il a appris à assumer d'autres responsabilités. Présupposer en fonction de critères « objectifs », tels que l'âge de l'enfant ou la durée de sa maladie, ce qu'il est censé savoir, croire, pouvoir et désirer peut conduire à des impasses éducatives car il n'est pas suffisamment tenu compte de l'enfant en tant que personne à part entière, avec ses propres peurs et ses propres désirs.

Soutenir l'apprentissage par la cohérence des interventions éducatives

Lorsque l'enfant est malade ou handicapé, le développement et la consolidation de ses compétences psychosociales sont conditionnés aussi par la possibilité d'acquérir et de mobiliser effectivement un certain nombre de compétences spécifiques de soins, telles qu'elles peuvent être enseignées lors des programmes éducatifs mis en place à l'hôpital ou par des associations (7). Ici, il est important de souligner l'importance de la continuité, voire le danger de la discontinuité, dans certains aspects de la communication entre les différents milieux de vie de l'enfant. En effet, un enfant peut être mis en grande difficulté s'il a appris à manier correctement certains éléments de son traitement à l'hôpital et dans sa famille mais qu'à l'école, par exemple, il lui est interdit de le faire. Comment l'enfant intègre-t-il la contradiction de tels messages qui, d'un côté, lui signifient qu'il est assez grand pour prendre en charge tout seul l'un ou l'autre aspect de son traitement et qui, d'un autre côté, lui signifient qu'il est encore petit et irresponsable ? Il est nécessaire que les compétences spécifiques qui sont enseignées dans le cadre de l'éducation thérapeutique puissent effectivement être mobilisées par l'enfant dans ses différents contextes de vie, pour qu'elles puissent déboucher à terme sur une responsabilité et une autonomie réelles de l'enfant. En France, des Projets d'accueil individualisé (PAI) sont possibles pour permettre à l'enfant de gérer un traitement à l'école mais tous les enfants qui pourraient en bénéficier n'en bénéficient pas encore. Trop souvent, les différents « mondes » de l'enfant demeurent cloisonnés, ce qui peut être une source d'isolement et de stigmatisation pour l'enfant.

Toutefois, s'il est important de permettre à l'enfant d'acquérir et de consolider un certain nombre de compétences, il est important aussi de garder présent à l'esprit que, ce qui compte, c'est la qualité de vie présente de l'enfant. En effet, quand on est face à un enfant malade ou handicapé – et face à un enfant tout court –, on est généralement préoccupé par l'adulte en devenir qu'il représente. Dès lors, on peut être tenté de projeter sur lui des comportements ou des compétences à acquérir en pensant qu'il en aura besoin dans sa vie future pour faire face à tel ou tel événement. Or, l'enjeu du développement de compétences et de l'adaptation psychosociale de l'enfant à sa maladie ou à son handicap, c'est avant tout que l'enfant se sente bien avec lui-même et dans ses relations avec sa famille et ses pairs… dans sa vie d'aujourd'hui !

Isabelle Aujoulat
Chercheur, Unité d'éducation pour la santé et d'éducation du patient – Reso, Université catholique de Louvain, Bruxelles.

Références bibliographiques

(1) Allaire C. *Accueillir un enfant et lui donner sa place.* Communication aux 2es Journées de la prévention. INPES, 29-30 mars 2006.
(2) Aujoulat I., Simonelli F., Deccache A. *Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review.* Patient Education and Counseling 2006; 61(1): 23-32.
(3) Aujoulat I., Barrea T., Doumont D. *Quels sont les principaux facteurs d'adaptation psychosociale à la maladie et au traitement chez les enfants et les adolescents atteints de maladie(s) chronique(s) ?* Dossier technique réalisé en collaboration avec l'association « 3D Diabète Défi Dialogue » et avec le soutien de la Communauté française de Belgique. Unité d'éducation pour la santé UCL/MD/Reso, mai 2003, réf. 03-22. http:// www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/dos22.pdf
(4) Jacquier-Roux M. *Comment renforcer les compétences psychosociales et mieux accompagner l'enfant en milieu scolaire ?* Communication aux 2es Journées de la prévention. INPES, 29-30 mars 2006.
(5) Alain B. *Former les professionnels et accompagner les parents pour optimiser l'accueil d'un enfant handicapé.* Communication aux 2es Journées de la prévention. INPES, 29-30 mars 2006.
(6) Refabert L. *Le point de vue du soignant et l'éducation thérapeutique.* Communication aux 2es Journées de la prévention. INPES, 29-30 mars 2006.
(7) Pélicand J., Gagnayre R., Sandrin Berthon B., Aujoulat I. *A therapeutic education programme for diabetic children: recreational, creative methods, and use of puppets.* Patient Education and Counseling 2006; 60(2): 152-63.

Au Québec, tabac et cannabis vont de pair avec les ivresses ponctuelles

Au Canada, un tiers des jeunes pratique le « *binge drinking* », l'ivresse ponctuelle mais régulière. S'appuyant sur trois études, Sylvia Kairouz, chercheur à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), souligne la concomitance des pratiques pouvant être à risque (*binge*, cannabis, cigarettes mais aussi dépendance aux jeux vidéo) et le rôle de l'environnement social et familial. Le Québec essaie de développer une approche globale pour promouvoir la santé des jeunes et réduire ces comportements.

Le « *binge drinking* » est une forme de « défonce » à l'alcool de plus en plus répandue au Canada. Consommation excessive et forte ivresse ponctuelle, il correspond à la consommation de cinq verres et plus au cours d'une même occasion, au moins une fois par mois. Lors des Journées de la prévention de l'INPES, Sylvia Kairouz, chercheur à l'Institut national de santé publique du Québec, est venue présenter trois enquêtes réalisées au Canada sur cette thématique[1]. Les résultats montrent que ce phénomène est largement répandu – le tiers des adolescents, surtout des lycéens s'y adonne – et qu'il stagne, voire progresse légèrement en certains endroits : « *en dépit de plusieurs tentatives de prévention, d'intervention ou de sensibilisation au cours des dix dernières années, nous n'avons observé aucun déclin de comportement (…) Il s'agit donc d'un défi à relever en termes de santé publique,* souligne Sylvia Kairouz. *Un défi qui exige une réponse globale, au vu de la forte concomitance de ce comportement avec un ensemble de conduites à risque* » : consommation de cannabis, de cigarettes quotidiennes et pratique du jeu dit « pathologique » ; ce dernier est pratiqué par environ 5 % des jeunes interrogés. L'approche préventive globale et non par produit se justifie d'autant plus que ce comportement est important à prévenir, non seulement en soi mais aussi « *à cause d'un ensemble de risques associés aux épisodes de consommation excessive, comme les blessures involontaires, les relations sexuelles non protégées et la consommation d'autres substances* », poursuit-elle. Au point de vue méthodologie, parmi les facteurs potentiels explicatifs, ces enquêtes ont renseigné des facteurs socio-démographiques : sexe, âge, type de familles (bi- ou monoparentales) mais aussi niveau d'étude des parents, niveau d'estime de soi, état des relations dans l'environnement familial, pratiques parentales (perception de la qualité de la relation avec les parents) et niveau de supervision parentale. Parmi les trois études, c'est dans l'enquête menée exclusivement auprès des jeunes de 12-18 ans dans les écoles en Ontario que les taux de prévalence les plus élevés ont été observés : 35 % des jeunes ont consommé de l'alcool de façon excessive *(binge drinking)* en 2003 (37 % en 1999).

Pour en revenir à la concomitance des quatre comportements à risque étudiés (*binge drinking,* consommation de cannabis, consommation quotidienne de cigarettes et pratique pathologique de jeux), ces enquêtes ont permis d'identifier le groupe présentant le risque le plus élevé : il s'agit de celui des adeptes du *binge drinking* qui sont également fumeurs quotidiens ; à noter que 74 % des jeunes de cette catégorie sont également adeptes des deux autres comportements à risque (cannabis et jeu). Mais cette notion de concomitance est à examiner avec finesse car le second groupe, celui présentant un risque qualifié d'élevé (pratiquant au moins deux comportements à risque), est celui des non-fumeurs qui pratiquent aussi le *binge drinking*. *Globalement,* résume Sylvia Kairouz, « *environ 47 % des jeunes sont à risque élevé et adoptent au moins deux de ces comportements à risque* ».

Très schématiquement, ces jeunes sont les plus âgés de cette classe d'âge, ils sont dans une plus grande proportion issus de familles monoparentales, le niveau d'étude de leurs parents est un peu plus faible que celui des jeunes n'ayant pas ou peu de comportement à risque. Par ailleurs, « *le niveau de supervision parentale est très bas* (pour ces jeunes ayant au moins deux comportements à risque). *Et la qualité de la relation, telle que rapportée par les jeunes, est beaucoup moins bonne et plus faible par rapport aux jeunes à faible risque* ». Pour résumer ces résultats, l'abus de substance demeure élevé chez les jeunes et les conduites à risque tendent à se manifester de façon concomitante. Pour Sylvia Kairouz, « *ces habitudes de consommation doivent rester une problématique prioritaire de santé publique. Il est important d'examiner la concomitance et non pas de regarder chacune de ces conduites de façon séparée, ceci même dans la conception et le développement des approches pré-*

ventives ». « Et les résultats de ces enquêtes en matière de supervision et relation parentale soulignent l'importance de développer des modèles préventifs », ajoute-t-elle. Ce volet de prévention s'intègre notamment dans l'approche « école en santé » développée par l'Institut national de santé publique. École en santé est une approche de promotion de la santé et de prévention qui propose d'agir de façon globale et concertée à partir de l'école, afin de promouvoir à la fois la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. Cela se concrétise par le déploiement d'actions efficaces ou prometteuses, fondées sur le développement de compétences, susceptibles d'influencer simultanément plusieurs facteurs clés du développement (estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires, environnement scolaire, familial et communautaires, services préventifs) et d'être renforcées à plusieurs niveaux d'intervention (jeunes, école, famille, communauté). Mais, souligne le chercheur, des études complémentaires sont indispensables pour mieux comprendre les processus et les mécanismes sous-jacents à ces comportements, surtout au niveau de la relation entre les jeunes et le milieu familial.

Y.G.

*(1) L'enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), dresse un portrait général de la santé et du bien-être de la population notamment les consommations à risque. Deux vagues de l'*Enquête sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (OSDUS).

En savoir plus : l'intervention de Sylvia Kairouz et les questions/réponses sont accessibles sur www.inpes.sante.fr, cliquer sur Journées de la prévention, puis Journées 2006, puis sur session 1, séance du 29 avril (pages 27 à 34).

Promotion de la santé : tenir compte de l'environnement social et familial

Le Québec vient de se doter d'un nouveau programme de promotion de la santé des jeunes pour la période 2006-2009. La lutte contre la consommation de l'alcool, le *binge drinking*, et les autres substances psychoactives en fait partie. La stratégie mise en œuvre s'inscrit dans l'approche globale définie par la charte d'Ottawa.

Après avoir consulté la population et les professionnels en 2005, le gouvernement du Québec vient de lancer la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 intitulée « Pour une jeunesse engagée dans sa réussite ». Ce programme se fixe cinq objectifs : améliorer la santé et le bien-être des jeunes, favoriser leur réussite éducative, leur insertion professionnelle, accroître la présence des jeunes dans la société et enfin améliorer le soutien offert aux jeunes. Le premier objectif (santé et bien-être) passe par l'acquisition de saines habitudes de vie et le développement des habiletés personnelles et sociales. L'accent est mis sur l'élimination de la « malbouffe » dans les écoles, sur la poursuite des efforts de promotion de l'activité physique à l'école et dans la communauté, ainsi que sur la lutte contre le tabagisme et la toxicomanie. Pour ce faire, le plan s'appuie sur le dispositif existant « École en santé ». L'idée est de développer une approche suivie dans les premières décennies de la vie, d'assurer cohésion, complémentarité et continuité des interventions en promotion de la santé et de prévention réalisées dans les écoles primaires et secondaires. Il n'est pas possible d'exposer ici l'intégralité de cette stratégie pluriannuelle, notons qu'une place importante et particulière est accordée au problème du suicide chez les jeunes[1], en prévoyant le déploiement de réseaux de sentinelles dans les milieux que fréquentent les jeunes et en assurant la formation d'équipes d'intervention spécialisées auprès des jeunes les plus à risque. Parmi les autres thèmes particulièrement pris en compte : le décrochage scolaire, les retards et la discontinuité du cheminement scolaire (mise en place de parcours de formation mieux adaptés à leurs besoins et meilleur soutien aux élèves en difficulté), l'importance de soutenir plus efficacement les jeunes et leur famille, notamment par le biais de services de prévention avec un suivi à l'intention des jeunes parents les plus vulnérables. Cette stratégie s'articule avec le programme de santé publique du Québec 2003-2012 qui va dans la même direction en matière de promotion de la santé, celle donnée par la charte d'Ottawa (1986) : renforcer le potentiel des personnes, soutenir le développement des communautés, participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être, soutenir les groupes vulnérables et, finalement, encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. Il s'agit en particulier de favoriser la prévention et l'intervention précoce en mettant l'accent sur la santé plutôt que sur la maladie. Reste à voir si cette stratégie s'avérera efficace ; car le succès de la promotion de la santé est conditionné aux efforts de mise en œuvre : financement adéquat, engagement politique soutenu, mobilisation continue des acteurs et de la population, longue durée d'intervention, évaluation de processus et d'impact. On trouve souvent là les raisons pour lesquelles les plans ambitieux de promotion de la santé ne donnent pas toujours les résultats escomptés.

Réal Morin
Directeur du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, Canada.

1. Sur ce thème, voir « Prévention du suicide en Pays de la Loire ». La Santé de l'homme *n° 382, mars-avril 2006 : 4-10.*

Les écoles de l'asthme, efficaces mais peu connues

Créées il y a quelques années en France, les « écoles de l'asthme » offrent aux personnes qui souffrent de cette pathologie un accompagnement en éducation thérapeutique, avec un suivi en plusieurs séances. Une enquête réalisée à la demande de la direction générale de la Santé (DGS) dresse un bilan de ces structures, de leurs forces et de leurs faiblesses, et préconise la mise en place de centres de référence répondant à un cahier des charges précis afin que ces structures puissent prendre en charge les malades concernés, car, actuellement, seuls quatre asthmatiques sur mille bénéficient d'un tel suivi.

Cette évaluation des écoles de l'asthme, en France, avait pour but de répondre aux questions suivantes :
– quel est l'impact individuel des structures d'éducation thérapeutique sur le devenir des patients asthmatiques ? ;
– quel est l'impact collectif sur la prise en charge de la maladie asthmatique en France ? ;
– quelles sont les pistes d'amélioration à promouvoir dans ce domaine ?

L'étude, menée de juin 2005 à avril 2006, conduite par un comité sous l'égide de la DGS, associant, l'Assurance Maladie, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Société de pneumologie de langue française (SPLF) et l'association Asthme & Allergies, a comporté plusieurs phases :
– une analyse bibliographique des études publiées depuis les recommandations de l'Anaes de 2001 et 2002 ;
– des entretiens individuels avec un certain nombre d'acteurs du domaine ;
– l'envoi d'un questionnaire écrit par voie postale à l'ensemble des structures d'éducation recensées : soixante-six questionnaires sur cent dix-neuf structures ont été reçus, traduisant un très bon taux de participation ;
– la visite sur place de huit sites, aux caractéristiques contrastées.

L'analyse bibliographique permet de confirmer l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique dans l'asthme, malgré la variabilité des méthodes. Il n'existe pas, d'ailleurs, de consensus sur les bonnes pratiques en matière de nombre de séances, de répartition entre séances individuelles et séances collectives.

Lorsque le programme est complet, c'est-à-dire associe l'information, l'apprentissage à l'auto-gestion, le plan écrit, le suivi médical régulier, les principaux résultats de santé s'améliorent : nombre d'hospitalisations, nombre de passages aux urgences, absentéisme, observance du traitement, qualité vie spécifique, auto-efficacité personnelle perçue, anxiété, etc.

Les facteurs de succès de l'approche éducative le plus souvent cités sont :
– la personnalisation de l'approche ;
– l'interactivité des méthodes pédagogiques, dans une stratégie de changement de comportement ;
– la poursuite de l'effort dans le temps ;
– l'implication de l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Les études françaises sont peu nombreuses ; trois articles, seulement, ont été identifiés, allant tous dans le sens d'une efficacité, au moins sur certains critères.

L'enquête et ses résultats

L'enquête, réalisée à partir de l'analyse des réponses au questionnaire et des visites sur sites, a permis de dresser les constats suivants :
– la distribution des structures est hétérogène sur le territoire ;
– les structures sont essentiellement hospitalières, avec peu de transversalité ;
– neuf structures toutefois constituent un réseau de santé ;
– le nombre de personnes suivies sur chaque site est souvent faible : la médiane est de soixante-six patients par an. Peu de sites dépassent cent patients pris en charge par an. En extrapolant à la France entière, cela signifie que ces structures éduquent entre deux et quatre patients pour mille asthmatiques par an ;
– le contenu éducatif est conforme aux recommandations de l'Anaes ;
– les modalités éducatives sont diverses, en termes de nombre de séances, de proportion des séances collectives ; la majorité des structures assure, cependant, deux séances ou plus dans leur programme (pour l'ensemble du programme) ; la moitié des structures ont engagé des actions de formation des professionnels de santé ;
– le recrutement est essentiellement hospitalier (pneumologues et pédiatres) ; le recrutement via les professionnels libéraux est minoritaire ;
– seulement quatre structures font participer les médecins traitants à l'activité ;
– quarante-six structures sur les soixante-six assurent une évaluation minimale des actions auprès des patients, mais vingt et une seulement engagent des actions d'évaluation plus complètes ;
– une structure « standard », accueillant cent vingt patients (donc fonctionnant bien), coûte de l'ordre de soixante-dix mille euros par an, ce qui correspond à un coût par patient et par session d'édu-

cation de cinq cent quatre-vingt euros ;
– il faut souligner, par ailleurs, le rôle important joué par l'association Asthme & Allergies, le laboratoire GSK, l'association de formation Ipcem qui ont permis de dynamiser l'activité et d'homogénéiser les outils et les formations.

Une efficacité avérée

Les principaux points forts sont les suivants :
– ces structures répondent à un besoin réel ; les patients ont une forte méconnaissance de l'asthme et des traitements ; ils sont moins anxieux après les sessions d'éducation, et leur observance s'améliore ;
– les patients sont, d'une manière générale, satisfaits des prestations délivrées par ces structures ;
– lorsqu'elle a pu être évaluée (ce qui est rare en réalité), l'efficacité de l'activité est avérée : diminution du nombre de passages aux urgences et du nombre d'hospitalisations ;
– on note une très forte motivation du personnel, dont l'implication dans ces activités repose sur une forte volonté d'améliorer la prise en charge de l'asthme ;
– les créations de ces structures se font avant tout sur initiative locale ; il y a très peu eu d'initiative nationale : seul un appel à projets du ministère de la Santé (Dhos/DGS), en 2002, a permis de financer quelques structures (sur trois thèmes : diabète, asthme et maladies cardio-vasculaires) ;
– la multidisciplinarité est un atout important : le couple médecin/infirmière, auquel s'associent souvent psychologue, kinésithérapeute, éducateur, fonctionne en synergie ;
– dans la plupart des structures, une infirmière ou plusieurs professionnels de santé sont formés et dédiés à cette activité, au moins, pour une partie de son temps, ce qui permet un bon suivi des patients ;
– il y a un intérêt particulier aux structures indépendantes de l'hôpital, pour nouer des liens avec la médecine libérale et éviter l'image hospitalière qui peut rebuter certains patients ; ceci étant, l'image hospitalière constitue aussi un atout, un gage de sérieux, un environnement sécurisant mais freine les relations avec les professionnels de santé exerçant en ville ; les deux types de localisation sont de fait complémentaires ;
– le rattachement à un réseau de santé, quand tel est le cas, est considéré aussi comme un atout.

Une discipline encore insuffisamment reconnue

Les points faibles relevés sont les suivants :
– la remarque la plus fréquemment évoquée porte sur le manque de moyens, aussi bien en locaux qu'en personnels (notamment en secrétariat) ; la plupart des structures fonctionnent avec des temps partiels, peu de personnes formées à l'éducation thérapeutique, dans des locaux non dédiés ou exigus ;
– les personnels impliqués souffrent de fait d'un manque de reconnaissance au sein de leur établissement, comme de la part des tutelles, et comme il est par ailleurs difficile de nouer des relations avec la médecine de ville, le sentiment d'isolement est fort ;
– les médecins de ville (même les pneumologues et les pédiatres) participent peu à l'activité, adressent peu de patients, ne connaissent pas la structure d'éducation, n'en voient pas l'intérêt ; de fait, il y a une méconnaissance générale de ce qu'est l'éducation thérapeutique ;
– la structure est peu ou pas connue en dehors du petit cercle de praticiens et de patients participants ; il manque des relais, des actions de communication, qui sont rendues difficiles par la relative incompréhension de la population et des autres professionnels de santé vis-à-vis de l'intérêt de ces démarches d'éducation ;
– il y a, en conséquence, des problèmes de recrutement, celui-ci restant le plus souvent interne au service hospitalier qui est à l'origine du projet ; les cohortes de patients suivis sont souvent modestes ; on note, en outre, un manque de régularité dans la participation des patients ;
– il ressort de toutes ces difficultés, un sentiment d'insatisfaction de la part des soignants de ne pas répondre aux besoins de toute la population ; on note, en outre, une difficulté particulière à

atteindre les populations précaires ;
– l'évaluation est difficile à effectuer, soit par manque de temps, soit par manque de moyens ;
– l'absence de reconnaissance tarifaire de l'activité d'éducation thérapeutique est notée négativement aussi bien parce qu'elle ne permet pas de résoudre le problème des moyens que parce qu'elle signe l'absence de reconnaissance de cette activité.

De fait, il ressort que :
– le besoin de santé existe, en ce sens qu'il est démontré que l'éducation thérapeutique apporte des avantages pour la santé des patients ;
– une offre de soins se met en place en matière d'éducation des patients asthmatiques, même si elle n'est pas encore diffusée sur l'ensemble du territoire et ne développe pas toujours l'ensemble de la démarche ;
– mais la demande des patients est loin d'être massive, faute de motivation des patients et d'implication des médecins traitants.

Renforcer les structures existantes et développer des actions innovantes

Face à ces constats, certaines propositions peuvent être formulées.

Renforcement des structures existantes

• **Rappeler le cadre d'action et les objectifs de ces structures, à travers un cahier des charges** que pourrait constituer la DGS sur la base de la charte d'Asthme & Allergies ; dans un tel cahier des charges, seraient évoqués :
– les exigences de formation ;
– le socle minimal d'une éducation thérapeutique efficace ; sur ce point, il serait important que les professionnels cherchent à proposer quelques modèles de mise en œuvre, en termes de nombre de sessions, de place respective des sessions individuelles et collectives, etc ;
– la mise en place d'un recueil d'informations homogène et simple ; ce recueil pourrait permettre de constituer un observatoire de suivi des patients inclus ;
– l'importance des actions vers la médecine de ville et les pharmaciens (la structure ne doit pas fonctionner en « autonomie ») ;
– la notion de seuil critique (ou à défaut la nécessité de mutualiser les moyens avec d'autres actions d'éducation ou d'autres structures d'autres établissements) ;
– l'exigence d'évaluation, sur des critères comme la qualité de vie, l'autonomie acquise, le contrôle de la fonction respiratoire par le patient, les recours aux soins hospitaliers.
Cette démarche peut permettre d'aboutir à une procédure de « labellisation » des structures concernées.

• **Proposer, face à ces différentes exigences un financement adapté.** Cette question du financement est évidemment fondamentale, même si pour le moment, les freins au développement des structures d'éducation sont loin d'être purement financiers. Plusieurs options sont possibles, via la future classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes cliniques ou dans le cadre de la tarification à l'activité, ou encore dans le cadre des réseaux de santé.

• **Professionnaliser ces structures, via une obligation de formation** dans des organismes reconnus, voire dans des cursus universitaires.

• **Renforcer le niveau de preuve en contexte français des démarches d'éducation,** en tentant de différencier les actions les plus efficaces, les publics les plus concernés, etc.

• **Privilégier les synergies d'activités, avec d'autres types d'éducation :**
– autres affections respiratoires : broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), sevrage tabagique, voire apnée du sommeil, mucoviscidose ;
– autres allergies : dermatites atopiques, allergies alimentaires ;
– autres actions d'éducation : obésité, diabète, notamment pour les structures à faible activité.

Développement d'actions

Le constat général est que les patients motivés et suivis par les écoles de l'asthme constituent une minorité. Il faut trouver d'autres voies pour toucher les patients qui ont un besoin objectif d'éducation, soit pour délivrer un message d'éducation, soit pour orienter les patients vers les structures adaptées, soit encore pour renforcer le message d'éducation délivré auparavant.

Le médecin traitant doit pouvoir sensibiliser son patient, l'orienter vers la structure d'éducation si besoin. Le pharmacien de même peut avoir ce rôle, à

Comment organiser l'éducation du patient asthmatique : schéma du fonctionnement proposé

Phase	Acteurs	Formation nécessaire des acteurs	Contenu	Besoins de financement
Sensibilisation du grand public	– Pouvoirs publics, – Caisses d'assurance maladie – Établissements de santé		Campagnes de communication ciblées	
Sensibilisation, orientation du patient	– Médecins traitants – Pharmacies Services d'urgences	Niveau « sensibilisation »	10-15 minutes dédiées à la sensibilisation, l'explication des démarches d'éducation, les objectifs, voire délivrance d'un plan écrit	Acte spécifique ?
Sessions d'éducation du patient	Structures d'éducation, en ville ou à l'hôpital, voire cabinets de groupe	Niveau intermédiaire (6 à 10 jours de formation)	Au moins deux sessions de 2 heures, individuelles ou collectives	Financement spécifique : forfait ?
Suivi, renforcement	Médecin traitant si existe ou structure d'éducation elle-même ou suivi téléphonique ou pharmacie d'officine	Niveau « sensibilisation »	À chaque contact, revenir sur un aspect du programme éducatif pendant 10-15 minutes.	Peut passer dans un acte de consultation

travers la délivrance des thérapeutiques inhalées. Les services d'urgences hospitaliers, accueillant les patients mal équilibrés, devraient pouvoir, aussi, contribuer à cette mission.

Il faut pouvoir, également, impliquer la médecine scolaire, les centres de PMI, la médecine du travail.

Des expériences intéressantes ont, par ailleurs, été menées sur l'outil téléphonique, comme moyen de suivi et de renforcement du message éducatif.

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM et autres caisses d'assurance maladie) et les mutuelles peuvent jouer un rôle important auprès des patients, notamment ceux en ALD, en diffusant de l'information sur les structures d'éducation, en utilisant les centres d'examens de santé pour diffuser cette information et éventuellement renforcer le message éducatif auprès des patients concernés.

Il s'agit de gérer le paradoxe entre la volonté de diffuser l'éducation partout où cela est possible et l'observation que seuls les programmes complets, développant l'ensemble des outils, sont efficaces. La délivrance d'éducation, seule, au cabinet du médecin, qui consistera, de fait, en la délivrance d'informations et des rappels réguliers, est insuffisante d'après les résultats bien étayés de la littérature.

À l'inverse, l'approche complète, associant plusieurs sessions par des personnels formés, l'utilisation d'outils pédagogiques adaptés, l'organisation du suivi, qui a démontré son efficacité (et son efficience économique), ne peut toucher qu'un nombre limité de patients. Il faut donc mettre en place une organisation qui allie les avantages des deux approches, comme le tableau ci-dessus le présente. Ceci suppose la diffusion de la formation continue, l'identification d'un financement ciblé pour ces activités, l'animation d'un réseau de professionnels.

Il s'agit de créer les conditions d'une véritable gestion globale de la maladie *(« disease management »),* prenant en compte toutes les dimensions de l'acte thérapeutique et de la relation médecin-patient, sans s'arrêter à la seule prescription d'une ordonnance.

Dans cette optique, l'avenir des écoles de l'asthme, du moins de celles qui ont les modes de fonctionnement adaptés et l'activité suffisante, s'oriente vers l'identification de centres de référence, d'information, de formation, de documentation, d'évaluation, d'animation de ce réseau de professionnels.

Lydia Valdes
Praticien hospitalier, chargée de mission,
Carole Cretin
Médecin de santé publique,
direction générale de la Santé,
bureau des Maladies chroniques,
Enfants et Vieillissement,
ministère de la Santé et des Solidarités.
Roland Cash
Expert de santé publique.

Pour en savoir plus :
Le rapport complet est consultable sur le site du ministère : www.sante.gouv.fr
dossiers par ordre alphabétique
rubrique asthme

Suisse : des animateurs de santé pour les sourds

En Suisse romande, des sourds pratiquant la langue des signes française – qui n'avaient pas accès aux campagnes de prévention classiques – croyaient que le sida se transmettait par le soleil. Pour contrer cette inégalité d'accès à la prévention, une association forme des animateurs de santé, sourds et entendants, qui diffusent les messages de santé auprès de ces sourds. La directrice de l'association *Les Mains pour le dire* expose les aspects innovants de son travail.

Les sourds souffrent d'un manque important d'informations. Ils n'ont pas accès à la télévision, à la radio, au bouche à oreille et même à la presse écrite parce que la structure, la syntaxe et la grammaire de la langue des sisgnes française sont radicalement différentes de la langue française. En effet, comment parler une langue que l'on n'entend pas ?

Jusqu'ici, aucune campagne de prévention ou de promotion de la santé n'a été comprise par les sourds. Initiées par des entendants et pour des entendants, elles sont généralement construites selon leurs représentations et toujours présentées en langue française. Les brochures et affiches d'information sont perçues par un grand nombre de sourds comme trop compliquées et inaccessibles à leur compréhension car ne tenant pas compte de leurs représentations sociales.

Les personnes sourdes, dans une très grande majorité, possèdent un niveau de français écrit et oral basique et une partie d'entre elles sont illettrées. Elles ont très souvent de grandes difficultés à lire des documents simples. À titre d'exemple, le texte que vous êtes en train de lire en ce moment même ne peut être compris que par une minorité de sourds.

La répercussion principale de la surdité se place sur le plan de la communication. Les sourds ont une compréhension visuelle du monde qui les entoure. La Fédération mondiale des sourds (FMS) ne définit pas la surdité en termes de déficience, mais plutôt en termes de différence. Cette différence concerne principalement le domaine de communication qui fait que la personne sourde a besoin d'un support visuo-gestuel pour communiquer.

Une langue longtemps interdite

La langue des signes française (LSF) est la langue naturelle des sourds de Suisse romande et de France. Ses modalités gestuo-visuelles permettent un accès précoce, direct et complet à la communication. Interdite durant un siècle dans les écoles européennes (1880-1980), la langue des signes, grâce à l'effort des sourds, a regagné droit de cité. En Suisse, sa reconnaissance officielle par les Chambres fédérales date de 1994. Aux États-Unis, où elle n'a jamais été interdite, l'*American Sign Language* (ASL) est la troisième langue pratiquée dans le pays, après l'anglais et l'espagnol.

Les Mains pour le dire est une association romande pour la promotion de la santé chez les personnes sourdes et

malentendantes de Suisse romande. Elle a pour objectif d'informer, faire de la prévention et de la promotion de la santé auprès de la communauté sourde afin d'atteindre l'égalité des chances pour tous devant la santé. Partie du constat que les sourds possèdent quinze à vingt ans de retard en matière de promotion de la santé, l'association réalise des programmes de prévention et des activités de promotion de la santé en langue des signes. L'association travaille en partenariat avec des institutions reconnues dans le domaine de la prévention de la santé (tel que Promotion santé suisse) et de la surdité.

En cinq ans d'existence, *Les Mains pour le dire* a mis en place de nombreuses actions. Partie du constat qu'il est inacceptable que l'accès aux informations et aux soins soit difficile pour une partie de la population en raison de son handicap, l'association a créé une formation d'animateurs santé en surdité et un service de santé : Infos Santé Sourds**.** Par exemple, les sourds ont longtemps cru que le sida se transmettait par le soleil car, à l'époque de la médiatisation du virus, ce dernier était stylisé sous forme de pics. Sans autres explications que ce dessin, les sourds ont interprété qu'il représentait le soleil.

Débattre sur des sujets santé

Les Mains pour le dire a donc formé des animateurs de santé – sourds et entendants – capables de débattre directement avec la communauté sourde sur différents sujets liés à la santé. Dix professionnels ont obtenu leur certificat et diffusent les messages de santé en langue des signes auprès des sourds de Suisse romande. Les animations concernent tous les thèmes qui touchent les personnes dont les sourds : santé, nutrition, tabac, alcool, etc.

L'association répond aux demandes de toutes les institutions fréquentées par les sourds : écoles, centres, associations, sociétés, institutions, foyers, etc. Elle intervient également avec différents partenaires spécialistes, selon les thèmes qu'elle doit aborder, par exemple :
– animation en éducation sexuelle dans les écoles pour enfants sourds ;
– prévention du tabagisme ;
– aînés, bien manger ;
– être parents et sourds ;
– relations de couple ;
– prévention drogues et alcool ;
– sida et IST ;
– conférence sur le cancer ;
– information sur la contraception.

Site Internet et vidéos en langue des signes

Les Mains pour le dire a également réalisé un site Internet d'information en langue des signes française : www.pisourd.ch. Le site Pisourd a été lancé en septembre 2003 et a déjà été visité par cent quarante mille internautes. Cinq cent trente mille vidéos en langue des signes ont notamment été visionnées à ce jour, soit vingt-cinq mille par mois et plus de huit cents chaque jour.

Pisourd offre un outil d'information, de prévention et de promotion de la santé dans les domaines pouvant intéresser les sourds. Dans chaque domaine, Pisourd diffuse des informations en langue des signes faciles à utiliser, rédigées et transmises par des professionnels des thèmes concernés, par exemple :
– monde des sourds ;
– dépendances ;
– travail et formation ;
– violence et maltraitance ;
– sexualité ;
– santé ;
– relation à soi et aux autres.

Sujets tabous

Pour chaque thème, des séquences vidéo en langue des signes ainsi qu'un dictionnaire sont proposés à l'internaute, ce qui est un concept novateur. Les sourds peuvent poser des questions anonymement sur le site, grâce à l'interactivité, un élément vital étant donné la forte promiscuité au sein de la communauté sourde. Les sourds peuvent ainsi

Des bilans de compétences adaptés aux personnes sourdes

Outre *Les Mains pour le dire,* d'autres associations suisses œuvrent pour promouvoir la santé des personnes sourdes. Ainsi, par exemple, l'association Agile – Entraide suisse handicap a pour objectif de créer les conditions indispensables à la vie autonome des personnes handicapées et de renforcer leurs compétences afin qu'elles puissent exprimer leurs besoins et s'insérer dans la vie économique et sociale. Concrètement, Agile a adapté des bilans de compétences en groupe pour les personnes handicapées, dont les sourds, avec les objectifs suivants :
– connaître ses capacités et renforcer son estime de soi ;
– évaluer ses possibilités et ses limites ;
– définir un projet personnel et professionnel ;
– utiliser le regard des autres pour reconnaître ses compétences.

Intitulé « Adapter la démarche de bilan de compétences à tous les groupes de handicap », ce projet a été financé par l'organisme Promotion santé suisse[1].

L'association *Les Mains pour le dire* y a collaboré en repérant les femmes sourdes motivées pour effectuer ce bilan de compétences. En octobre 2005, un groupe de trois femmes sourdes et deux personnes entendantes, soutenues par deux interprètes en langue des signes française, a effectué son bilan de compétences. L'enthousiasme les a rapidement gagnées, dès lors que les participants ont été amenés à présenter leur histoire de vie. Au terme des six rencontres d'une journée et d'une demi-journée d'évaluation, le groupe a évalué très positivement la formation, malgré des échanges parfois difficiles entre sourds et entendants : *« J'ai compris beaucoup de choses sur moi-même, je sais maintenant que je dois faire des choix », « La méthode est excellente, il faut que les sourds y aient accès », « Cela m'a permis de changer ma façon de communiquer », « Je ne suis pas la seule qui ait un handicap »*. À la suite de cette expérience, deux des femmes sourdes vont effectuer la formation « Accompagner des démarches de bilan », qui débutera en janvier 2007. Cette formation leur permettra d'accompagner, à leur tour, des sourds dans la réalisation de leur bilan de compétences. Elles auront pour objectifs de développer et adapter les outils du bilan de compétences aux sourds afin qu'ils puissent profiter au mieux de cette démarche.

Catherine Corbaz
Responsable de formation Agile - Entraide suisse handicap, Berne, Suisse.

1. Promotion santé suisse est une fondation mandatée par la Confédération, dont la mission est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures visant à promouvoir la santé.

utiliser un langage qui leur est propre et aborder tous les thèmes qui les préoccupent, y compris les sujets intimes ou tabous. Lorsqu'une question est posée, une vingtaine de professionnels (psychologues, infirmières, éducateurs spécialisés, médecins, etc.) répondent anonymement dans les trois jours ouvrables.

La grande fréquentation du site Internet a démontré que les sourds de Suisse romande ont un meilleur accès aux informations concernant la santé et ont pu enrichir considérablement leur lexique en langue des signes française médicale. *Les Mains pour le dire* est considérée par les réseaux de la santé et de la surdité comme référente dans le domaine de la santé pour la communauté sourde ; elle bénéficie du soutien de cette communauté.

Par ailleurs, *Les Mains pour le dire* a créé une troupe de théâtre-forum, « La Chenille » ainsi que deux spectacles de prévention. Le théâtre-forum est une technique mise au point dans les années soixante qui consiste en une première représentation théâtrale dont la forme permet la naissance d'une discussion. Le meneur de jeu (le joker) propose au spectateur, lors d'une deuxième représentation, d'intervenir sur scène à des moments clés où il pense dire ou faire quelque chose qui infléchirait le cours des événements.

Une réappropriation de leur santé

Le principe du théâtre-forum vise à transformer le spectateur en acteur afin de l'aider à prendre conscience de la nécessité d'être aussi l'acteur de sa propre vie. Par le jeu des acteurs et l'implication des spectateurs, se noue un dialogue qui permet d'aborder différents problèmes, dans un contexte convivial. Le théâtre-forum est un lieu pour s'exprimer, s'informer mais aussi se responsabiliser. Les sourds, à qui une opportunité de ce type n'a jamais été offerte, peuvent ainsi bénéficier de lieux de parole, d'espaces de rencontre et d'un cadre de réappropriation de leur santé. Les comédiens sont sourds, et la troupe a réalisé deux spectacles en langue des signes qui sont actuellement en tournée en Suisse et en France : un portant sur le thème de l'abus sexuel et l'autre sur l'abus d'alcool.

L'association doit faire face à deux difficultés principales. La première concerne la recherche de fonds. En effet, *Les Mains pour le dire* ne reçoit aucune subvention et vit uniquement de dons qui permettent d'obtenir des fonds pour un délai de six mois en six mois. La recherche de fonds est d'autant plus difficile que les sourds représentent une minorité malheureusement méconnue. La seconde difficulté est liée au nombre insuffisant de postes de travail. Tous les salariés de l'association sont à temps partiel, en cumulé cela équivaut à deux personnes à plein temps. Or ces moyens correspondent au suivi d'un programme, alors que l'association en gère trois.

Mylène Badoux
Directrice,
Association *Les Mains pour le dire,*
Lausanne, Suisse.

« Les sourds nous connaissent, nous sommes des leurs. »

Elles sont animatrices de santé en surdité et elles-mêmes sourdes, elles exercent en Suisse romande. Sonia, Joëlle et Michèle ont suivi la formation pour promouvoir la santé auprès de leurs pairs. *« Les animateurs de santé en surdité viennent combler un manque important »,* expliquent-elles. *« Les sourds nous connaissent, nous sommes des leurs. Ils prennent confiance parce qu'ils se rendent compte que nous avons reçu une formation, appris à garder une distance professionnelle en tant qu'animateurs, et que nous sommes capables de répondre à leurs questions d'une manière qu'ils comprennent. »* Toute la difficulté se situe là : adapter le langage. Les deux animatrices soulignent que des pans entiers des messages de promotion de la santé ne sont pas « traduits » en langage des sourds et que ces derniers ne comprennent souvent rien aux explications des spécialistes qui viennent les informer sur leurs droits, la sexualité, les drogues ou tout autre thème.

« Nous avons créé de nouveaux signes »

Les animatrices effectuent donc un travail d'adaptation et de médiation : *« Au cours de notre formation d'animatrices de santé, nous avons appris à adapter en langage des signes de nouvelles connaissances, nous avons même été amenées à créer de nouveaux signes car certains termes spécialisés n'existaient pas en langue des signes. »* La formation aborde les thèmes suivants : sexualité, surdité, promotion de la santé, dépendances. *« Par exemple, nous organisons des animations de sensibilisation à la sexualité dans certaines écoles pour sourds. Les jeunes utilisent des signes très argotiques : c'est normal, ils n'en connaissent pas d'autres ; nous pouvons leur apporter un vocabulaire de signes corrects, très précis, concernant les thèmes abordés. Leur niveau de compréhension peut ainsi s'améliorer. »*

Animatrices et médiatrices

Leur leitmotiv : ne jamais oublier que les sourds ne comprennent pas forcément le langage des entendants : *« Souvent, face à un spécialiste, les sourds ne comprennent rien mais n'osent pas le dire. Cela, nous le prenons en compte en permanence ; ainsi après l'explication d'un spécialiste, nous leur demandons toujours s'ils ont compris » Et s'il le faut nous reprenons l'explication en langue des signes. »* Et, s'il fallait résumer leur rôle, elles insistent sur leur fonction de médiatrices : elles donnent des informations en langue des signes tout en travaillant en tandem avec des spécialistes. Avec un seul objectif : *« Permettre aux sourds de gérer leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci. »*

La France, pilote

Pour ce faire, il ne faut pas hésiter à s'inspirer de ce qui se fait ailleurs. Joëlle, qui connaît les pratiques en œuvre en France, aimerait que la Suisse romande s'inspire des « pôles santé-surdité », qui accueillent les patients sourds dans de nombreux hôpitaux français. *« Ces pôles offrent aux sourds français une véritable égalité des chances dans l'accès aux soins et à l'information. »* Et de citer le travail effectué par une médiatrice sourde, dans un centre hospitalier de Grenoble, présenté par elle-même lors d'une conférence. Croisement des savoirs et des savoir-faire…

Propos recueillis par **M. B.**

Drogues : derrière la consommation, une demande d'aide des 15-25 ans

La dernière enquête Baromètre santé sur les comportements des Français en matière de santé pointe la consommation importante de substances psychoactives chez les jeunes (15-25 ans). Ainsi, sur une année, près d'un jeune sur deux déclare avoir pris une « cuite » ponctuelle pouvant s'avérer dangereuse pour sa santé. Les résultats non publiés présentés ci-dessous soulignent la corrélation entre consommation et mal-être. Enfin, ces jeunes se tournent très peu vers les structures associatives de prise en charge, qui pourraient leur procurer aide et écoute.

Apparition des bouteilles de premix[1] aux couleurs attractives, disponibilité du cannabis, accessibilité de plus en plus importante de la cocaïne et de l'ecstasy, possibilité d'achat de champignons hallucinogènes sur Internet[2] : de nombreux indicateurs mettent en exergue le développement croissant de l'usage de drogues en France. Bien que la plupart des consommations des jeunes s'inscrivent dans un usage « festif »[3], on observe un rajeunissement des personnes fréquentant les structures d'aide et de prise en charge pour des consommations problématiques de drogues[4].

Les résultats présentés ci-dessous sont nouveaux et ne figurent pas dans l'édition *Baromètre santé 2005 – Premiers résultats* publiée cette année par l'INPES. Rappelons que les données du « Baromètre santé 2005 » ont été analysées dans le cadre d'une étude portant sur l'évaluation des besoins d'informations en matière de prévention auprès des jeunes consommateurs de substances psychoactives. Le Baromètre santé 2005 est une enquête qui a été menée, par téléphone, auprès de 30 514 personnes et a abordé de nombreux thèmes, comme les usages de substances psychoactives, la qualité de vie, les prises de risques, la sexualité, la santé mentale… Dans ce contexte, l'analyse a porté sur un certain nombre d'indicateurs en fonction des substances consommées par les jeunes ayant un âge compris entre 15 et 25 ans (5 282 jeunes interrogés). Les critères de comparaison sont les suivants : avoir consommé au moins une fois au cours de l'année soit six verres d'alcool lors d'une même occasion, soit du cannabis, soit d'autres substances illicites (poppers, ecstasy, cocaïne, etc.). La pratique consistant à consommer d'importantes quantités d'alcool lors d'une même occasion correspond au « *binge drinking* », qui désigne une alcoolisation ponctuelle pouvant s'avérer dangereuse pour la santé, selon l'Organisation mondiale de la santé. Voici l'essentiel des résultats que nous avons choisi de présenter ci-dessous sous forme de six questions-réponses.

• Quelle est la proportion de jeunes concernée par l'usage de substances psychoactives ?

Les résultats révèlent des prévalences importantes de consommation de substances psychoactives. Au cours de l'année, 42,8 % des jeunes déclarent avoir pratiqué le *binge drinking* (35,9 % chez les 26-64 ans), 21,5 % déclarent avoir consommé du cannabis (soit cinq fois plus que chez les 26-64 ans : 5,0 %) et 3,9 % déclarent avoir consommé d'autres substances illicites (soit environ quatre fois plus que chez les 26-64 ans : 1,0 %) *(Figure 1)*. Parmi les jeunes qui déclarent avoir pratiqué le *binge drinking* au cours de l'année : 0,7 % déclarent l'avoir fait quotidiennement, 13,2 % de façon hebdomadaire, 34,6 % mensuellement, et 51,5 % au moins une fois dans l'année. Parmi les usagers de cannabis, 20,4 % déclarent avoir une consommation quotidienne, 19,1 % une consommation hebdomadaire, 19,1 % une consommation mensuelle et 41,4 % une consommation annuelle. Enfin, parmi ceux qui déclarent avoir fait usage d'autres drogues illicites au cours de l'année, 35,8 % déclarent l'avoir fait au cours du dernier mois.

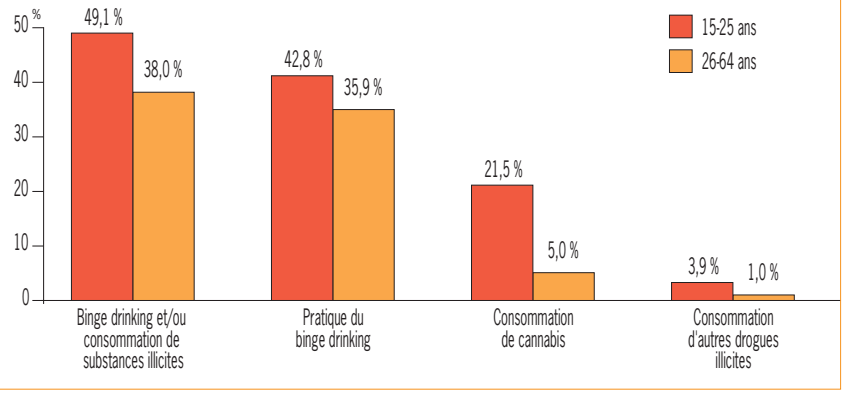
L'usage de substances psychoactives est un phénomène qui concerne particulièrement les jeunes puisque, au cours de l'année, 49,1 % des jeunes (38,0 % des 26-64 ans) déclarent avoir pratiqué le *binge drinking* et/ou avoir fait usage de substances illicites. Ces résultats témoignent de l'émergence, chez les jeunes, de pratiques et d'activités visant la recherche d'états de conscience modifiée. Au regard du graphique présenté, on constate que ces pratiques semblent davantage s'articuler vers des consommations de substances illicites.

• Les jeunes consomment-ils parce qu'ils sont stressés ?

On pourrait imaginer que les jeunes consomment plus fréquemment des drogues parce qu'un stress plus important s'exerce sur eux. Les résultats du Baromètre santé ne vont pas dans ce sens. Les jeunes sont en proportion moins nombreux à déclarer avoir ressenti du stress au cours de l'année par rapport aux plus âgés (72,1 % des 15-25 ans *vs* 76,8 % des 16-64 ans). Les jeunes ne sont pas plus nombreux à évaluer négativement leurs propres capacités à faire face aux difficultés (2,1 % des 15-25 ans *vs* 2,1 % des 26-64 ans). En revanche, des différences notables apparaissent dans la façon de faire face à ce stress. Les jeunes sont, en proportion, deux fois plus nombreux

que les plus âgés à déclarer fréquemment consommer davantage de drogues lorsqu'ils sont stressés (6,6 % des 15-25 ans *vs* 2,6 % des 26-64 ans), tandis que les plus âgés sont en proportion plus nombreux à déclarer fréquemment consommer davantage d'alcool pour faire face à ce stress (7,4 % des 15-25 ans *vs* 9,9 % des plus âgés).

Figure 1. Comparaison de la prévalence des consommations de substances psychoactives au cours de l'année chez les individus âgés de 15 à 64 ans



• Les consommations sont-elles liées au mode de vie ?

Ces consommations de substances s'accompagnent souvent d'un mode de vie pouvant induire des situations « propices » aux consommations. Seuls 36,4 % des 15-17 ans n'ayant jamais pratiqué le *binge drinking* ni consommé de substances illicites au cours de l'année déclarent s'être beaucoup retrouvés en dehors de l'école avec de la famille ou des amis au cours des huit derniers jours ; tandis qu'ils sont 51,3 % chez les jeunes ayant pratiqué le *binge drinking* au cours de l'année, 51,9 % dans ce cas chez ceux ayant consommé du cannabis au cours de l'année et 76,2 % chez ceux ayant fait usage au cours de l'année d'autres substances illicites que le cannabis *(Figure 2)*.

• Les consommations s'accompagnent-elles de prises de risques plus fréquentes ?

Comme l'attestent les résultats du Baromètre santé, un mode de vie ancré dans les consommations de substances psychoactives s'associe généralement à des prises de risques plus fréquentes au quotidien. On constate que les jeunes ayant consommé au cours de l'année au moins une drogue illicite autre que le cannabis sont deux fois plus nombreux à déclarer ne plus se souvenir de ce qu'ils ont pu dire ou faire suite à une consommation d'alcool (35,1 % chez ces usagers *versus* 15,4 % chez les autres jeunes) et sont également en proportion plus nombreux à avoir eu des effets indésirables (« *bad trips* »[5], crise d'angoisse ou de paranoïa, hallucinations) suite à une consommation de cannabis (28,4 % chez ces usagers *versus* 19,6 % chez les autres jeunes). Enfin, ces usagers sont au moins deux fois plus nombreux à avoir contracté une IST au cours des cinq dernières années (6,6 % chez ces usagers *versus* 2,4 % chez les autres jeunes). En revanche, ils sont plus nombreux à utiliser un préservatif comme méthode contraceptive (53,5 % chez ces usagers *versus* 38,5 % chez les autres jeunes). Ces résultats permettent de s'interroger sur la nature de ces prises de risques qui peuvent être, dans certains cas, délibérées, dans d'autres cas, dues à une méconnaissance ou une sous-évaluation des risques encourus, ou encore dues à l'adoption d'un mode de vie exposant davantage à des situations à risques...

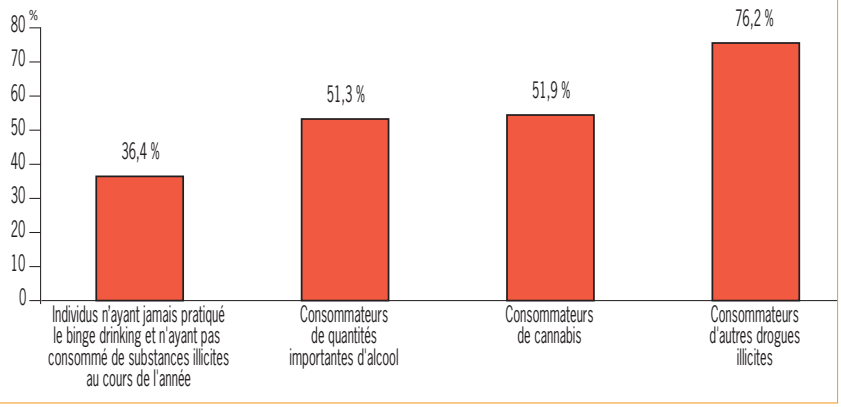
• Les consommations sont-elles liées au parcours de vie ?

Pour comprendre les consommations problématiques de substances, il convient de considérer le mal-être quotidien et certaines souffrances liées aux parcours de vie des usagers de drogues. Les jeunes ayant consommé au cours de l'année une autre drogue illicite que le cannabis sont en proportion au moins trois fois plus nombreux que les autres jeunes à avoir subi des violences au cours des douze derniers mois (18,8 % chez ces usagers et 5,5 % chez les autres jeunes). Parmi ce type d'usager, 10,8 % les filles déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur vie (soit trois fois plus que chez les autres jeunes : 2,7 %). Toujours parmi ce type d'usager, 10 % des personnes déclarent avoir déjà effectué une tentative de suicide au cours de leur vie (soit au moins deux fois plus que chez les autres jeunes : 4,1 %). Les prises en charge déclarées[6] pour des problèmes émotif, nerveux, psychologique, de comportements ou pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogues au cours de l'année sont trois fois plus fréquentes chez ces consommateurs (6,5 % chez ces usagers et 2,0 % chez les autres jeunes).

• Quelles réponses pour ces jeunes usagers ?

Parmi les 15-25 ans ayant eu recours au cours des douze derniers mois aux

Figure 2. Proportion des 15-17 ans déclarant s'être beaucoup retrouvés en dehors de l'école avec de la famille ou des amis, au cours des huit derniers jours, selon les substances consommées



services d'un organisme pour ce type de problèmes, 71,4 % des jeunes se tournent vers des organismes qui dépendent directement du système de soin[7]. Cela est peut-être regrettable lorsque l'on sait qu'il existe en France des groupes d'entraide, des lignes téléphoniques d'aide ou d'écoute et un large milieu associatif qui emploient des professionnels diplômés d'État (infirmiers, psychologues, médecins, etc.). Indépendamment des prises en charge, au cours des douze derniers mois, seulement 2,6 % des jeunes ont appelé une ligne concernant leur santé.

Comme nous avons pu le voir, les consommations de substances psychoactives prévalent de façon importante au sein de la population générale et particulièrement chez les 15-25 ans. Ces consommations révèlent des usages problématiques faisant apparaître une demande d'aide et d'écoute. Cette demande se tourne principalement vers des acteurs travaillant dans des organismes dépendant directement du système de soin alors que d'autres acteurs, tout aussi compétents, pourraient intervenir. Tous ces éléments justifient le besoin d'action allant dans le sens du soutien et de la promotion du milieu associatif œuvrant dans le domaine de la prévention.

Charles Galand
Étudiant en Master
Action Prévention sanitaire et sociale (AP2S),
université Montpellier-III.

1. Le premix est un mélange de soda sucré et d'alcool fort titrant de 5 à 8 % en volume d'alcool, vendu sous forme de petites bouteilles ou de cannettes.
2. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd05ch22.pdf
3. Usages de drogues liés à un contexte de fête.
4. OFDT : résultats du sixième rapport national du dispositif Trend : exploitation thématique 2000-2004.
5. De l'anglais, littéralement : « mauvais voyage », le bad trip *est une mauvaise expérience liée à la prise de drogues, il peut se caractériser par une forte montée d'angoisse, par des crises de phobie, une paranoïa, une crise de panique ou une psychose (source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Bad_trip).*
6. Personne ayant déclarée avoir eu recours aux services de l'un des organismes suivant : un centre médico-psychologique, les urgences d'un hôpital, au moins une nuit dans un hôpital ou clinique, un centre de jour ou un hôpital de jour, les services d'un centre de crise, un groupe d'entraide, une association, une ligne téléphonique d'aide ou d'écoute, un site Internet, un autre organisme.
7. Un centre médico-psychologique, les urgences d'un hôpital, avoir passé une nuit dans un hôpital ou une clinique, un centre de jour, un hôpital de jour, les services d'un centre de crise.

Entretien avec Jimmy Kempfer, chef de projet en actions d'éducation à la santé, formateur opérateur en réduction des risques à l'association clinique Liberté, Bagneux (1)

« L'usage du cannabis est une forme de loisir transgressif »

La Santé de l'homme : ***Forte ivresse ponctuelle chez un jeune (15-25 ans) sur deux, consommation de cannabis chez un jeune sur cinq (sur une année) : que vous inspirent ces résultats en tant qu'acteur de prévention en contact avec les usagers de drogues ?***
Jimmy Kempfer : Ces informations sont pertinentes et intéressantes car elles valident ce que l'on observe de plus en plus sur le terrain. Les jeunes sont confrontés à la disponibilité importante de cannabis, d'ecstasy, de cocaïne, etc., dont l'usage devient une forme de loisir transgressif. Ces résultats démontrent que nous autres acteurs de la prévention devons faire face à de nouveaux challenges, comme, par exemple, la nécessaire prise en compte du fait qu'une nouvelle génération de jeunes a grandi dans un environnement où la consommation de cannabis dans l'entourage familial ou social a pu être un phénomène courant. N'oublions pas aussi que le prix des drogues, notamment de l'ecstasy et de la cocaïne, a considérablement chuté depuis quelques années.

S.H. : ***Le milieu associatif est-il aujourd'hui apte à répondre aux demandes d'aide et d'écoute provenant des jeunes qui souffrent de consommations problématiques ?***
Le mouvement associatif a impulsé l'intégration de la réduction des risques dans la politique des drogues, ce qui a considérablement limité contaminations et overdoses. Des associations ont été souvent des sentinelles, des fers de lance mobilisés autour d'une problématique précise. Elles ont une indéniable fonction d'alerte, une légitimité et une capacité d'action prompte. Mais certaines analysent parfois les faits à l'aune de considérations idéologiques ou dogmatiques forcément parcellaires. Elles sont néanmoins l'indispensable sentinelle qui tire la sonnette d'alarme. Quand aux associations d'Autosupport tel Narcotiques anonymes, Asud, Techno plus, etc., elles ont des fonctions précises de soutien communautaire, d'expertise, de validation, de transmission...

S.H. : ***Que faire pour mieux prévenir les consommations à risques ?***
Tout d'abord, il y a de nombreuses choses à ne pas faire : la première est de considérer les consommateurs comme des personnes irresponsables qu'il faudrait assister à tout prix[1]. Seule une minorité, souvent très visible et remuante, relève réellement de soins et de services autant liés à la précarité qu'à l'abus des divers produits. L'immense majorité des usagers s'éloignera peu à peu, et sans conséquences majeures, des drogues, à condition que les professionnels de la prévention développent, avec eux, l'information sur les produits dans le cadre de l'éducation à la santé en l'adaptant et en la ciblant avec justesse.
Il y a trois choses à faire : informer, éduquer et faire confiance aux usagers dans une logique citoyenne. Il faut un espace où acteurs socio-sanitaires, politiques, services répressifs et usagers puissent échanger dans un esprit de complémentarité constructive et de respect mutuel. Il faut de la pédagogie pour faire comprendre le rôle nécessaire de la répression qui contribue à réguler puissamment un marché énorme et fluctuant.
Développer l'information[2] et quelquefois l'accompagnement de ce qui, très souvent, n'est qu'un mode de vie passager[3], semble plus pertinent que d'avoir systématiquement recours au système de soin. Il est plus urgent d'observer, d'analyser, de se concerter que d'agir avec précipitation et démagogie y compris en matière de réduction des risques. La diffusion de certains outils remis sans discernement peut amener les plus jeunes et les plus fragiles à penser que les consommations sont tolérées dès lors que l'on se soucie de réduire les risques.
Le discours autour des drogues étant trop cacophonique et décalé par rapport aux représentations des jeunes, nous avons besoin d'un consensus sociétal sur le long terme autour de cette problématique si complexe et en perpétuelle mutation.

Propos recueillis par **Charles Galand**

(1) Également coordinateur Trend Sintes, ancien président d'Asud.

1. Hormis les cas les plus urgents ou graves.
2. En considérant qu'informer judicieusement c'est prévenir.
3. Nous parlons ici des consommateurs occasionnels de stimulants, d'hallucinogènes et des fumeurs de cannabis. En matière de dépendance opiacée, les besoins sont largement assurés depuis quelques années. Rappelons que de nombreux chiffres tendent à indiquer une baisse constante de l'injection de drogue par voie intraveineuse dans notre pays.

Un incendie domestique a lieu toutes les 2 minutes

Informez-vous

sur les réflexes de prévention en vous procurant ce dépliant ▶ sur www.inpes.sante.fr

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère de la Santé et des Solidarités

SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

Réf. INPES 125-06384-R

Réf. 231-06353-A – RC Nanterre B 330 742 784 – Illustrations : jo – GARNET!