

numéro

383

Mai-Juin 2006 - 6 €

LA Santé

de l'homme



La promotion de la santé à l'épreuve des territoires

Nutrition :

prendre en compte
la précarité

L'éducation du patient :

un défi

Adolescents

et substances
psychoactives

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

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
La Santé de l'homme sur Internet :
<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** <elg@mageos.com>
Aide à l'action : **Anne Laurent-Beq**
<abeq@club-internet.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**
<mclamarre@iuhpe.org>
et **Stéphane Tessier** <cresif@wanadoo.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 Zina 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** (Société française de santé publique), **Sylvie Giraud** (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** (Crea Développement Social), **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 : 2^e trimestre 2006.
Tirage : 9 000 exemplaires.

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



Tous les deux mois

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

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

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

Rédigée par des professionnels

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

52 pages d'analyses et de témoignages

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.
- Éducation pour la santé des migrants, N° 357.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, N° 361.
- 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.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (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 383

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

sommaire

numéro 383

Mai-Juin 2006

► Qualité de vie

CLASSEUR ALIMENTATION ATOUT PRIX : UN OUTIL D'INTERVENTION AUPRÈS DES POPULATIONS PRÉCARISÉES

Une démarche de promotion de la santé
Bruno Housseau 4

Mieux prendre en compte les facteurs psychologiques et sociaux
Dominique Poisson 6

Une réactualisation fondée sur l'expertise scientifique
Entretien avec Béatrice Sénémaud 7

Comment les travailleurs sociaux sont devenus coauteurs du classeur
Entretien avec Catherine Frey et Annie Moissette . . 10

Développer des interventions centrées sur la notion de plaisir
Yves Géry 12

Encadré – Étude Abena : une situation alimentaire critique pour les bénéficiaires de l'aide alimentaire
Katia Castetbon, Christine César, Valérie Deschamps 12

► La santé à l'école

Éducation à la santé : l'enseignement agricole prend les devants
Ève Le Quang, Anne-Marie Servant 13

Dossier

La promotion de la santé à l'épreuve des territoires

Introduction

Développer une approche territorialisée de la santé
Éric Le Grand, Anne Laurent-Beq 16

Définir le territoire. Territoire, vous avez dit territoire ?

Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques
Olivier David 18

« Terre Humaine » : les territoires de l'ethnologue
Nicolas Adell-Gombert 21

Des politiques publiques à l'échelle d'une région

Santé publique : la Bretagne articule plan régional et projet territorial
François Petitjean 23

L'enjeu des politiques de santé en région
François-Paul Debionne 25

Territorialisation : s'en emparer plutôt que la subir !
Patrick Berry 27

Des territoires, des actions, des métiers

La ville d'Évreux expérimente la santé publique de proximité

Guy Lefrand, Christine Lefebvre, Jeannine Pommier 29

Le Pays de Saverne développe son projet territorial de santé
Céline Delaplace 31

Les Vosges : vers des territoires en santé
Entretien avec Delphine Gillet et Grazia Mangin . . 34

Le projet éducatif territorial : un outil dans le champ de l'enfance et de la jeunesse ?
Arnold Bac, Damien Raymond 36

Quelques ressources complémentaires . . . 39



Illustrations : Sébastien Chebret

► Éducation du patient

À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ?
Brigitte Sandrin Berthon 40

► La santé en chiffres

Les consommations des adolescents : la France, élève moyen de l'Europe
Stanislas Spilka, Christine Hassler, Delphine Morin, Stéphane Legleye, François Beck, Marie Choquet . . . 43

► Cinésanté

« Brokeback Mountain », un film pour débattre d'homosexualité et d'amour
Anne Vervier 47

Classeur *Alimentation Atout Prix* : un outil d'intervention auprès des populations précarisées

Lancé en 1997, plébiscité par les travailleurs sociaux, le classeur *Alimentation Atout Prix* est un outil d'intervention en éducation pour la santé auprès des populations en situation de précarité. Il vient d'être actualisé pour prendre en compte tant les

résultats des recherches en psychologie et en sciences sociales que les objectifs du programme national Nutrition Santé. Les experts qui ont conçu cet outil – et les travailleurs sociaux qui l'utilisent – expliquent le sens de leur démarche.

Une démarche de promotion de la santé

L'INPES conçoit, depuis plusieurs années, des outils dans le champ de l'éducation nutritionnelle, notamment dans le cadre du programme national Nutrition Santé (PNNS). C'est dans ce contexte que le classeur *Alimentation Atout Prix* – outil d'intervention et de formation en éducation nutritionnelle destiné aux professionnels ou bénévoles au contact des personnes en situation de précarité – édité pour la première fois en 1997 et réédité en 2001, vient d'être réactualisé.

Cet outil propose d'inscrire l'alimentation dans une démarche de promotion de la santé et de bien-être avec les autres. Il aborde un champ élargi de problématiques : rythmes de vie, hygiène, dépendances, loisirs mais aussi confiance en soi, initiatives, esprit critique, convivialité. L'actualisation a été réalisée par un groupe de travail associant des professionnels de l'éducation pour la santé, de la direction générale de la Santé, de structures au contact des populations en situation de précarité (banques alimentaires, Secours populaire, Croix-Rouge), de l'Inserm, du Cerin et d'une conseillère en économie sociale et familiale.

Ce classeur présente une double finalité :

- former des professionnels et des bénévoles du secteur médico-social et associatif ;
- promouvoir des actions autour de l'ali-

mentation auprès de personnes en situation de précarité.

Il poursuit cinq objectifs :

1. proposer aux intervenants en éducation nutritionnelle une réflexion éthique :
 - autour de leurs références culturelles et de celles des publics démunis ;
 - des façons d'agir face aux besoins et demandes du public ;
 - en vue de construire des actions plus appropriées ;
2. aborder l'alimentation sous les trois angles complémentaires : acheter, préparer, manger ; développer des connaissances et des savoir-faire correspondants ;
3. permettre aux bénéficiaires d'explorer leurs représentations et attitudes, de repérer les facteurs liés à l'environnement social et économique afin de mieux percevoir ce qui les influence dans les différents actes alimentaires ;

4. favoriser la construction de solutions personnelles, adaptées à chacun ;
5. valoriser l'alimentation et les ressources personnelles des participants ; donner ou redonner le goût et le plaisir de manger, de préparer...

Un classeur, des fiches, des transparents

L'introduction, sous forme d'un guide de l'utilisateur, présente la conception et l'organisation du classeur, des éléments de spécificités de la population « personnes en situation de précarité, les particularités du thème (les dimensions de l'éducation nutritionnelle bien au-delà des transmissions de connaissances de l'équilibre alimentaire : achats, préparation, diversité des manières de manger, lien social et richesse d'un tel travail, ouverture sur d'autres champs de la santé), le mode d'emploi de l'outil avec des repères méthodologiques et pédagogiques, des

Mieux prendre en compte les facteurs psychologiques et sociaux

Conçu en 1995, le classeur *Alimentation Atout Prix* a été réactualisé en 2006 pour mieux prendre en compte les facteurs psychosociaux qui guident les choix alimentaires des populations en situation de précarité. Pour les professionnels de la promotion de la santé, l'outil vise notamment, par une pédagogie de proximité, à endiguer la surconsommation d'aliments à bas prix présentant un faible intérêt nutritionnel.

C'est dans les années 1980 qu'ont été mis en œuvre les premiers programmes d'information sur la nutrition adaptés aux publics démunis. Ces programmes allaient donner naissance au classeur *Alimentation Atout Prix*, édité par le CFES en association avec le Cerin dans sa première version, en 1997, précurseur par sa réflexion sur l'éthique et les facteurs humains. Dix ans se sont écoulés. Le contexte économique et les enjeux de santé publique ne sont plus les mêmes. Certains phénomènes à peine perceptibles à l'époque sont devenus omniprésents, en particulier dans les milieux défavorisés : enracinement des situations de précarité et de solitude ; augmentation des inégalités face à l'alimentation ; modification de l'offre alimentaire ; déstructuration des repas ; augmentation de l'obésité et du diabète ; influence des facteurs religieux... Il devenait urgent d'harmoniser les messages avec les recommandations du programme national Nutrition Santé (PNNS) en tenant compte de l'évolution de la société.

L'apport des sciences humaines à la nutrition a considérablement facilité la connaissance de ces phénomènes. Des travaux de recherches interdisciplinaires associant la nutrition à d'autres spécialités, comme la neurobiologie, la psychosociologie, la psychiatrie, l'ethnologie ou l'économie ont permis de mieux comprendre les facteurs impliqués dans les comportements alimentaires et de se rendre à cette double évidence : faire de la nutrition pratique n'est possible qu'en agissant avec l'environnement social ; modifier les comportements alimentaires est complexe et il faut faire preuve de modestie dans le choix des objectifs.

Ces données, associées à une écoute du terrain, ont servi de toile de fond à la mise à jour du classeur *Alimentation Atout Prix*. Nous citerons quelques exemples parmi d'autres.

- Tenir compte du contexte économique et social dans ses multiples composantes. En dix ans, le contexte de l'offre alimentaire s'est trouvé bouleversé : abondance et disponibilité des produits ; surconsommation d'aliments *hard discount* gras, sucrés, à forte densité énergétique et faible intérêt nutritionnel ; accroissement de la demande d'aliments prêts à consommer ; pression de la société de consommation, dans laquelle l'acte d'achat est un acte d'existence sociale. Dans un autre registre, le stress, l'anxiété et la dépression associés aux difficultés financières sont

aujourd'hui considérés comme autant d'agressions et de pertes de repères susceptibles d'influencer les comportements alimentaires. Autant de contraintes et de freins qui déterminent les choix alimentaires et dont la connaissance est le préalable à toute action.

- Connaître les facteurs environnementaux des personnes défavorisées. La spécificité des problèmes des personnes à faibles revenus exige une approche multidisciplinaire car elles ont plus de difficultés que les autres à modifier leurs comportements. Adapter les messages en fonction des acquis et des savoir-faire est une nécessité. On sait aussi que, dans les comportements alimentaires, le niveau d'éducation compte autant que les revenus.
- Comprendre les déterminants des

choix alimentaires. Prenons l'exemple de la nouvelle fiche sur les fruits et légumes. Depuis plusieurs années, des campagnes ont été menées par les pouvoirs publics afin d'augmenter la consommation des fruits et légumes mais la contradiction entre la bonne image de ces aliments et leur faible consommation perdure. Pourquoi une telle différence entre les intentions et les actes, en particulier chez les personnes les plus défavorisées ? Selon des chercheurs australiens, on ne prend peut-être pas assez en compte les facteurs psychosociaux guidant les choix alimentaires : les motivations qui vont amener un individu à réduire sa consommation de chocolat et augmenter celle de brocoli ne sont pas les mêmes. Le manque de temps pour les courses et la préparation malgré le désœuvrement lié au chômage, l'absence de motivation ou de connaissances pour cuisiner sont des facteurs déterminants pour les personnes à faibles revenus. Les campagnes médiatiques ont plus d'impact quand elles sont relayées par des professionnels de terrain à l'écoute des demandes et des difficultés du public, et qui savent s'adapter à ces besoins. C'est l'objectif ambitieux mais réaliste de ce classeur.

Dominique Poisson

Rédacteur en chef de la revue *Alimentation et précarité*, Cerin.

Bibliographie

- Burlet C. *Neurobiologie du comportement alimentaire. De la prise alimentaire au comportement*. Science des aliments 2004 ; 24 : 11-24.
- Baghurst K. *Fruits and vegetable. Why is it so hard to increase intakes?* Nutrition today 2003; 38 (1): 11-20.
- Lindeman M. *Food choice ideologies: modern manifestations of normative and humanist views of the world*. Appetite 2001; 37 : 175-84.
- Méjean L. *Alimentation, nutrition et comportement*. Métabolismes, hormones, nutrition 1999; vol. III (n° 2-3) : 55-7.
- Pollard J. *Motivations for fruit and vegetable consumption in the UK women's cohort study*. Public Health Nutrition 2002; 5 (3): 479-86.
- Romon M. *Régulation physiologique du comportement alimentaire*. Cahiers de nutrition et de diététique 2004; 39 (6): 422-8.

Entretien avec Béatrice Sénémaud, médecin de santé publique, programme national Nutrition Santé, direction générale de la Santé.

Une réactualisation fondée sur l'expertise scientifique

Élaboré par des professionnels de la nutrition et du travail social, le classeur *Alimentation Atout Prix* a précédé la mise en œuvre en France, à partir de 2001, du programme national Nutrition Santé. Se fondant sur l'expertise scientifique, ce programme a listé des objectifs prioritaires. La nouvelle version du classeur intègre ces nouveautés, comme par exemple l'encouragement à l'allaitement, la France affichant un retard en ce domaine.

La Santé de l'homme : De votre point de vue, pourquoi l'actualisation de ce classeur était-elle importante ?

Béatrice Sénémaud : En 1997, le classeur *Alimentation Atout Prix* a été élaboré par des professionnels de la nutrition et du travail social sur la base de la terminologie et des représentations graphiques alors utilisées en éducation nutritionnelle, à une période où, en France, il n'existait pas encore de référence officielle dans ce domaine. En 2000, la formulation d'une politique nutritionnelle nationale a abouti à la mise en œuvre du programme national Nutrition Santé qui, dès 2001, sur la base d'un consensus scientifique, a défini neuf repères de consommation pour la population française comme référence pour les actions d'éducation ou d'information nutritionnelle¹. Dans un souci de cohérence, il était donc important que le contenu du classeur *Alimentation Atout Prix* soit actualisé pour s'adapter aux recommandations désormais officielles de la politique nutritionnelle.

S. H. : Le PNNS, un programme pour la santé de tous ?

Le PNNS est un programme de santé publique qui s'adresse à tous. Son objectif général est d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition, à travers neuf

objectifs nutritionnels quantifiés (voir encadré page suivante). Cependant il s'adresse plus particulièrement à certains groupes de population à travers ses objectifs spécifiques, notamment aux populations en situation de précarité.

S. H. : Dans quelle mesure les recommandations sont-elles aussi applicables aux populations en situation de précarité ?

Les objectifs nutritionnels du PNNS et les repères de consommation qui en découlent s'appliquent à toutes les catégories de population, quel que soit le niveau socio-économique ou les habitudes culturelles, à condition de les adapter aux conditions de vie de chacun. Le *Guide alimentaire pour tous – La santé vient en mangeant*, édité par l'INPES et publié en 2002, illustre cette approche en appliquant les recommandations nutritionnelles du PNNS à une variété de profils de mangeurs. C'est le cas également de tous les guides publiés depuis par l'INPES (voir page 9 « Des guides pour les enfants et les parents »). Pour rendre les repères de consommation alimentaire accessibles à tous, le PNNS met en œuvre des actions spécifiques dans des domaines variés et à destination de publics divers. En ce qui concerne les populations en situation de précarité, il a soutenu de nombreux projets de terrain avec le secteur social et avec des structures d'aide alimentaire. Plusieurs études ont été menées sur le thème de la nutrition, de

Les neuf objectifs du PNNS

1. Augmenter la consommation de fruits et de légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et de légumes d'au moins 25 %.

2. Augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D.

3. Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses).

4. Augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples et en augmentant de 50 % la consommation de fibres.

5. Réduire l'apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort).

6. Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes.

7. Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes.

8. Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants.

9. Augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour.

l'aide alimentaire², et un aliment riche en vitamines et minéraux, le « Vitapoché », a été conçu pour lutter contre les carences nutritionnelles des personnes sans domicile fixe. Le PNNS travaille également avec le programme Alimentation Insertion pour la formation des travailleurs sociaux et des bénévoles du secteur de l'aide alimentaire.

S. H. : Quel élément vous a-t-il paru important de soutenir lors de cette actualisation ?

La promotion de l'allaitement maternel est un objectif spécifique du PNNS qu'il nous a paru important de développer dans cette actualisation. Les recommandations sur la durée de l'allaitement maternel exclusif ont évolué en France ces dernières années, en s'alignant sur les recommandations internationales de l'OMS et de l'Unicef. Validées par les experts scientifiques, les recommandations françaises actuelles

sont énoncées dans le *Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents* (voir l'encadré déjà mentionné sur les guides nutrition page suivante) et dans la nouvelle version du carnet de santé de l'enfant. Dans la réalité, en France, le pourcentage de femmes qui allaitent de façon exclusive et la durée de l'allaitement sont encore parmi les plus faibles d'Europe, et il reste beaucoup à faire en matière de sensibilisation des parents et de formation des professionnels de santé. À ce titre, il était essentiel que l'outil *Alimentation Atout Prix* relaie ces recommandations auprès d'un public qui a besoin de soutien et d'encouragement dans ce domaine.

Propos recueillis par **Bruno Housseau**

1. Voir les guides nutrition INPES.

2. Voir le site sante.gouv.fr rubrique « nutrition » par thème.

Des guides pour les enfants et les parents

Plusieurs guides ont été publiés par l'INPES, depuis 2002, à destination du grand public, dans le cadre du programme national Nutrition Santé (PNNS) :

– *La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous* concerne la population générale. Premier guide du PNNS paru en 2002, il donne, en vingt-cinq « portraits de consommateurs », des conseils personnalisés pour chaque type de consommateur. Il offre l'opportunité à chacun d'améliorer son comportement alimentaire tout en maintenant le plaisir et la convivialité de l'alimentation.

– *La santé vient en bougeant*. Ce petit guide propose de multiples façons d'intégrer, en fonction de la personnalité et du mode de vie de chacun, trente minutes d'activité physique dans son quotidien, sans contraintes ni bouleversement d'habitudes.

– *La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents*. Paru en septembre 2004, ce guide

souhaite répondre à toutes les questions que les parents se posent chaque jour au sujet de l'alimentation de leur enfant. À un âge d'apprentissage et de découverte de nouveaux goûts mais aussi de construction de la personnalité, les repas peuvent être source de plaisir mais aussi de nombreux conflits ! Le guide donne des explications simples, des conseils faciles à suivre en matière d'alimentation, sans oublier l'indispensable activité physique quotidienne.

– *J'aime manger, j'aime bouger, le guide nutrition des ados*. Parue en juin 2005, cette brochure a été conçue pour proposer aux adolescents des clés pour bien manger, en se faisant plaisir et sans se priver. Elle aborde de manière personnalisée l'importance de choisir ce que l'on met dans son



assiette. Des astuces, des recettes minute sont présentées aux adolescents pour équilibrer leurs repas tout en choisissant ce qu'ils aiment. Différents profils sont illustrés, comme « Je mange comme quatre pour devenir costaud » en passant par « J'adore le sucré » ou « J'aime bien aller au fast-food ».

– *La santé vient en mangeant, le guide nutrition de la naissance à trois ans*. Cette brochure est extraite du Guide nutrition des enfants et ados

pour tous les parents, dont elle reprend la première partie, consacrée à la petite enfance. Éditée pour une diffusion exclusive en maternité auprès des jeunes mères, lors de l'entretien du 9^e mois ou juste après l'accouchement, cette brochure est téléchargeable sur le site de l'INPES : www.inpes.sante.fr

Petite histoire d'une pyramide devenue courbe



Parmi les nouveautés de ce classeur, la pyramide indiquant les apports nutritionnels recommandés a été remplacée par une courbe plus complète, conforme aux recommandations du programme national Nutrition Santé (PNNS) en termes de repères et de valorisation de l'activité physique. C'est désormais la référence. Comment s'est opérée cette évolution ? Dans l'ancienne version du classeur, explique Bruno Housseau (INPES), la pyramide

permettait de reprendre les notions de qualité et de quantité d'aliments en ordonnant les groupes selon leur fréquence de consommation. Ce visuel était utilisé chaque fois qu'était abordée la notion qualitative et quantitative de l'alimentation. Une grande partie de la progression dans les apprentissages s'effectuait autour de cette pyramide, figure appréciée par les intervenants et le public pour ses vertus pédagogiques (possibilité de mémorisation, accessibilité de l'information...).

La reprise de cette figure si appréciée des acteurs de terrain n'a donc pas été possible dans la nouvelle version du classeur. Non pas par mauvaise volonté, mais pour intégrer des nouveautés telles que la prise en compte de l'activité physique. Les explications du docteur Béatrice Sénémaud : « *Le PNNS ne pouvait pas reprendre la pyramide puisqu'elle n'a pas été adoptée au niveau national par le groupe d'experts chargé de la définition des repères de consommation et de leur représentation, auquel participait l'INPES. Cette décision n'a pas été prise "contre" les acteurs de terrain mais avec eux, puisque c'est à la suite d'une discussion approfondie et de propositions succes-*

sives que les parties sont arrivées à un consensus sur la courbe des repères. »

Et de rappeler que « *la pyramide est une des nombreuses représentations graphiques qui existent pour visualiser les quantités conseillées pour chaque catégorie d'aliments. Certains pays, tels que les États-Unis, l'ont adoptée comme représentation nationale officielle. Elle a été utilisée en France, parmi d'autres représentations graphiques, alors qu'il n'existait pas encore de recommandations faisant consensus au niveau national. En 2001, lors de la définition des repères de consommation pour la population française, il a été décidé d'inclure dans les repères nutritionnels l'activité physique, d'utiliser les catégories d'aliments et non pas les nutriments, et de présenter les repères sous forme d'un tableau et non pas sous une forme visuelle qui fixe des quantités les unes par rapport aux autres car il n'est pas possible de mettre sur une même échelle des quantités non comparables (cinq fruits et légumes ne peuvent pas être représentés proportionnellement à « limiter la consommation de... »).* » D'où cette pyramide devenue courbe des repères.

Comment les travailleurs sociaux sont devenus coauteurs du classeur

Les travailleurs sociaux et en particulier les conseillères en économie sociale et familiale ont largement contribué à la conception du classeur *Alimentation Atout Prix*. Partant des préoccupations des populations en situation de précarité, l'outil dédramatise l'absence d'envie de préparer des repas et permet aux travailleurs sociaux d'accompagner les familles pour réhabiliter les repas structurés et équilibrés. Témoignages croisés de Catherine Frey¹, responsable de formation, et Annie Moissette², conseillère en économie sociale et familiale.

La Santé de l'homme : Le classeur « Alimentation Atout Prix » était en rupture de stock depuis quelques années et une réelle demande des intervenants de terrain se faisait sentir. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?

Annie Moissette : Les utilisateurs qui possèdent le classeur depuis la première version en ont toujours fait la promotion. Beaucoup de personnes en ont entendu parler et il est utilisé lors des formations des conseillères en économie sociale et familiale. Beaucoup de ces professionnelles le connaissent donc et souhaitent s'en servir. En outre, le thème de l'alimentation est dans l'ère du temps. Pour nous, travailleurs sociaux, il est abordé au travers de la question des repas, de la convivialité, de la parentalité. Se servir du classeur a un réel intérêt dans notre activité puisque l'approche proposée est globale.

Catherine Frey : De plus, il n'y a pas d'autres outils pour travailler avec des groupes dans une approche pédagogique basée sur l'expression, soit des personnes en formation, soit des populations en situation de précarité.

A. M. : Cet outil permet aux travailleurs sociaux de gagner du temps, notamment en ce qui concerne le travail de préparation des interventions. C'est un outil qui traduit des messages de santé publique appliqués et applicables. Il est sécurisant par rapport aux objectifs de santé publique. Le formateur sait qu'il transmet une information légitime, juste et validée. Les formateurs ont besoin de

ces repères. L'outil crée la possibilité de travailler en partenariat et en cohérence avec les autres acteurs de santé publique. Il est adapté à des situations diverses, concret, et prêt clés en main.

C. F. : Enfin, c'est un bel outil au sens esthétique du terme. Il est attrayant tant pour les professionnels, qui le trouvent facile d'utilisation, que pour les populations qui se sentent valorisées puisqu'on utilise avec eux un outil de qualité. Elles ont vraiment l'impression d'être prises en compte et qu'elles aussi, méritent de belles choses. L'outil est à la fois très sérieux et tout à fait adapté aux acteurs de terrain, qu'ils soient professionnels ou bénévoles, ce qui explique sans aucun doute son succès.

S. H. : *En quoi retrouve-t-on dans le classeur les préoccupations des professionnels ou des bénévoles au*

contact des populations en situation de précarité que vous évoquez ?

C. F. : Cet outil est adapté à la réalité de ces intervenants car il va au plus près des populations en s'appuyant sur leur parole. Il permet aux professionnels et bénévoles formés d'ajuster leur pratique à ce qu'expriment les personnes. C'est un outil qui propose une pédagogie participative. Les transparents d'appel permettent en quelque sorte de libérer la parole des usagers. Charge aux intervenants d'entendre cette parole, de la prendre en compte et de transmettre un discours qui fasse écho à la réalité des situations. Cette adaptation fait partie du rôle du travailleur social, c'est donc aussi en cela que le classeur est proche de la réalité de travail de ses utilisateurs.

A. M. : Le classeur aborde la problématique des repas, qui est un vrai souci dans ces familles. Le temps de repas est limité, voire inexistant, et c'est tout un temps de socialisation qui disparaît. Le fait que le classeur permette de travailler autour de « l'acte de manger » reprend une préoccupation première des intervenants. Il y a un vrai objectif du travail social autour de la convivialité, du lien social et de la transmission éducative.

C. F. : Trop souvent dans ces familles, le temps de repas disparaît. Il n'y a pas de représentation de ce qu'est un repas en famille. Ce sont aussi parfois des familles déprimées chez lesquelles un laisser-aller s'installe. La structure familiale a éclaté, il y a une sorte de déliquescence du lien ou de l'autorité.

populations. On peut également faire le lien entre le lieu de l'action d'éducation et la maison. Les transparents sont imprimés ou photocopiés puis donnés aux personnes parce qu'ils sont adaptés à leur réalité ; ils repartent avec quelque chose qu'ils transmettent à leur famille.

A. M. : Enfin, point essentiel pour les travailleurs sociaux et les bénévoles, il permet de créer du lien, de mobiliser, dynamiser le public par des actions collectives, faire que les gens se rencontrent, se réunissent, apprennent des autres cultures d'autres façons de faire. Le classeur permet de créer des groupes et de leur insuffler une dynamique favorable à une évolution des comportements. L'appartenance à un groupe est également un facteur important dans l'adoption de comportements de consommation. On reste dans des objectifs de travail social partagé par les bénévoles.

S. H. : *En quoi les informations et les activités proposées prennent-elles en considération le vécu des populations ? En quoi cet outil favorise-t-il l'implication des populations dans la démarche d'éducation nutritionnelle ?*

A. M. : Le fait qu'il a été réalisé avec des professionnels de terrain a permis de le nourrir d'expériences concrètes. Les activités proposées laissent une grande part à l'expression des populations. Cela permet de partir de leur vécu pour ensuite choisir dans le classeur les situations appropriées. Il y a une constante adaptation entre les messages émis par la télé, la publicité... À partir de cette expression, l'animateur va savoir comment et par où prendre le problème et faire du lien entre alimentation et santé. Car, au départ, les personnes limitent l'alimentation à « *manger quand elles en ont envie, ce qu'elles ont envie* » sans jamais penser à leur santé. Ce lien n'est pas aussi évident qu'on pourrait le croire.

C. F. : Les activités proposées permettent de mettre en application les repères qui sont énoncés, et c'est en grande partie par cette mise en action que ces repères pourront être intégrés. La participation aide à l'appropriation. Il faut entraîner les gens dans une dynamique de plaisir et d'envie.

A. M. et C. F. : Les populations sont prises en compte par le fait que les activités et les informations proposées sont simples (mais pas simplistes). Il faut commencer par ce qui est simple pour aller vers le plus complexe. Après certaines séances d'activités utilisant le classeur en support, des questions plus pointues et qui ne sont pas abordées dans l'outil sont posées aux intervenants. C'est parce que l'on commence simplement, de là où ils en sont au moment où on les rencontre, dans une perspective de respect, que l'on peut aller plus loin avec eux...

S. H. : *Quelles sont, selon vous, les limites de cet outil ?*

A. M. : Le classeur est une aide précieuse mais, comme tout outil, il nécessite un temps d'appropriation par les intervenants avant de s'en servir *in situ*. Même pour ceux qui utilisaient l'ancienne version, il sera nécessaire de se replonger dans le classeur afin de prendre connaissance de la nouvelle guidance qui, elle aussi, a bénéficié d'une actualisation au regard des changements apportés par les recommandations du PNNS.

C. F. : Il nous paraît également indispensable de partager encore des formations entre les professionnels et les bénévoles afin de parler le même langage.

S. H. : *Pour conclure ?*

A. M. & C. F. : Les publics que nous rencontrons sont souvent confrontés à des difficultés incontournables qu'il nous faut à nous – intervenants – prendre en compte dans un environnement social complexe qui offre toujours plus de sollicitations consuméristes. Mais elles manifestent aussi tellement de capacités, d'ingéniosité qu'il faut savoir les mettre en valeur pour avancer ensemble. Et que d'énergie dépensée par ces populations pour compenser les injustices sociales où le moindre faux pas, le moindre laisser-aller peuvent avoir des conséquences qui n'ont pas d'équivalents pour d'autres catégories de la population, plus aisées financièrement !

Propos recueillis par **Bruno Housseau**

1. Association régionale d'Alsace des formations au travail éducatif et social (Ifcaad) à Schiltigheim.
2. France ESF.

Toute la transmission du savoir et du savoir-faire culinaires disparaît également. Le lien entre les membres de la famille et le travail éducatif se distend au profit de la télé, du jeu vidéo. Il y a une période en début de mois où l'on a un peu d'argent que l'on dépense dans la viande ou des produits de consommation « plaisir ». Et, dès que l'argent se fait rare, la viande disparaît des menus jusqu'à la fin du mois, on cuit une grosse plâtrée de riz pour la semaine, chacun « se remplit » n'importe où, n'importe quand (au regard de ce qu'il y a dans les placards...) dans une individualité grandissante.

A. M. : Il est plus facile de gérer la précarité du budget alimentaire (« le reste à vivre ! ») en abandonnant au repas la déstructuration des lieux et les contenus de la prise alimentaire. Mais il ne faut pas oublier toutes les familles qui essaient de conserver le temps des repas en faisant énormément d'efforts.

A. M. : Le classeur permet de simplifier, de dédramatiser des choses qui peuvent paraître inavouables, comme, par exemple, l'absence d'envie de faire à manger ! L'objectif central est de dédramatiser et développer chez les personnes l'envie de préparer des repas. Il donne des idées et la possibilité pour les intervenants de rassurer les gens sur leurs possibilités.

C. F. : Cet outil permet de visualiser des repères que les participants gardent en tête. Les représentations graphiques, outre leurs qualités esthétiques, ont un objectif pédagogique de mémorisation que l'écrit ne possède pas pour ces

Développer des interventions centrées sur la notion de plaisir

À la demande de l'INPES, l'Institut LH 2 a réalisé en 2005-2006 une étude auprès des bénévoles d'associations impliquées dans l'aide alimentaire et des bénéficiaires de cette aide. Objectifs : décrypter les comportements pour développer les actions locales de nutrition au profit des personnes en situation de précarité, également améliorer les connaissances afin de pouvoir former les intervenants du secteur associatif. Pour réaliser cette étude qualitative, LH 2 a réuni des groupes de bénévoles et de bénéficiaires. Ces travaux, dont les conclusions ont été publiées en avril 2006, confirment notamment :

- un important désinvestissement par rapport à la qualité de la nourriture chez les personnes isolées ;
- un rapport à l'alimentation centré avant tout sur la nécessité de se nourrir pour vivre chez les personnes en situation de précarité.

Ce constat souligne tout l'intérêt de la démarche mise en œuvre par les associations, organismes et professionnels qui travaillent sur l'éducation nutritionnelle ; à cet égard, le classeur *Alimentation Atout Prix* est un outil pour ces intervenants. L'étude pointe prioritairement la nécessité – bien identifiée par les bénévoles – de développer des interventions centrées sur la dimension plaisir (préparation de repas, ateliers cuisine). En outre, si la notion d'équilibre alimentaire est connue de tous les bénéficiaires, l'enjeu est de mettre à leur disposition des outils – notamment sous forme de « trucs et astuces » – afin de leur permettre de se nourrir correctement à moindre coût.

Trop cher équilibre nutritionnel

Au final, le travail d'information et d'éducation effectué par les professionnels concernés – au premier rang desquels on trouve les conseillères en éducation sociale et familiale – est fondamental, tout comme l'aide alimentaire distribuée en France (*voir encadré ci-contre sur l'étude Abena*). Mais ces dispositifs d'aide et de soutien ne permettent pas actuellement – loin s'en

faut – aux populations en situation de précarité d'avoir une alimentation équilibrée, comme l'a rappelé récemment Serge Hercberg, directeur de recherche à l'Inserm, professeur de nutrition et pilote du programme national Nutrition Santé (PNNS) : « Une fracture alimentaire est en train de se creuser entre les populations favorisées, réceptives aux messages nutritionnels de santé publique, et les populations défavorisées, qui, pour des raisons culturelles, sociologiques et économiques, ne sont pas touchées par le message et n'ont de toute façon pas les moyens d'avoir accès à une alimentation allant dans le sens des recommandations. » (1) Comme l'indique l'étude Abena, les populations défavorisées dépensent en moyenne 2,60 euros par jour et par personne, a-t-il poursuivi, alors qu'il faut au moins 3,50 euros pour s'offrir l'alimentation recommandée par le PNNS, dont les

cinq fruits et légumes chaque jour. Dans le rapport qu'il a remis au ministre de la Santé, début avril, Serge Hercberg dresse un bilan du PNNS et formule des propositions pour le PNNS 2. En instance de lancement, ce dernier intégrera parmi ses priorités la « prise en compte spécifique des populations défavorisées, particulièrement touchées par l'obésité », comme l'a indiqué le 4 avril dernier le ministère de la Santé.

Y. G.

(1) Libération, 17 mai 2006.

Pour en savoir plus : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2006 ; n° 11-12 : 77-84, disponible sur : http://www.invs.sante.fr/BEh/2006/11_12/beh_11_12_2006.pdf

Étude Abena : une situation alimentaire critique pour les bénéficiaires de l'aide alimentaire

L'étude « Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire » (Abena), menée par l'Institut de veille sanitaire, l'université de Paris-13 et le Conservatoire national des arts et métiers, a été conduite auprès de bénéficiaires de l'aide alimentaire en 2004-2005, dans quatre zones géographiques : Paris, Marseille, Dijon, Seine-Saint-Denis. Parmi les quelque 1 164 sujets interrogés, la dépense alimentaire moyenne était estimée à 2,60 euros par jour et par personne ; la moitié déclarait ne pas avoir suffisamment à manger « souvent » ou « parfois ». L'aide alimentaire était la première source d'approvisionnement pour la plupart des groupes d'aliments chez les trois quarts des personnes. Avec deux repas par jour au maximum pour 50 % des personnes interrogées, certains groupes d'aliments étaient nettement sous-consommés par rapport aux repères de consommation du PNNS : c'était le cas des fruits et légumes (1 % en consomment au moins cinq par jour), du poisson (27 % au moins deux fois par semaine), ou encore des produits laitiers (90 % en consommaient moins de trois par jour). Parmi les 257 personnes

ayant réalisé l'examen de santé, 36 % des femmes et 13 % des hommes étaient obèses (indice de masse corporelle, IMC, supérieur à 30) et plus d'un quart présentent une hypertension artérielle. Le bilan biologique a également montré des prévalences élevées des dyslipidémies (augmentation du taux de lipides, l'un des principaux facteurs de risques cardiovasculaires). Le volet socio-anthropologique de l'étude Abena a souligné des niveaux variables de dépendance à l'aide alimentaire, quoique toujours importante, avec des stratégies de recherche pour compléter l'alimentation, associées étroitement aux liens sociaux existants. Cette étude va permettre d'orienter les politiques de santé, au niveau national comme local, pour améliorer l'aide alimentaire dont dépendent des millions de personnes en France.

Katia Castetbon, Christine César, Valérie Deschamps

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), InVS – université de Paris-13 – Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), Bobigny.

Éducation à la santé : l'enseignement agricole prend les devants

Depuis dix ans, l'éducation à la santé a fait progressivement son entrée dans l'enseignement agricole. Quatre cents enseignants, infirmières et autres professionnels ont été formés pour aborder cette nouvelle thématique avec les jeunes. Un ensemble d'actions a été mis en place pour lutter notamment contre le sexisme et les discriminations, avec la volonté d'impliquer les jeunes pour qu'ils soient auteurs d'outils de prévention.

En 1994, le professeur Luc Montagnier, co-découvreur du virus du sida, préconisait aux différents ministères ayant en charge des jeunes, la mise en place de séances d'éducation à la sexualité avec une approche globale de la personne afin que la lutte contre le sida s'intègre dans une démarche de promotion de la santé.

Prenant en compte cette proposition, la direction générale de l'Enseignement et de la Recherche du ministère de l'Agriculture et de la Pêche a organisé depuis 1995 la formation de quatre cents personnes (enseignants, infirmières, CPE, etc.) en partenariat avec la direction générale de la Santé. Suite à cette formation, un module d'éducation à la santé et à la sexualité d'une durée de vingt heures a été mis en place pour les classes de 4^e/3^e ; puis, dans un second temps, un module a été conçu pour les classes de 1^{ère} et de terminale. Au-delà de la lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST), l'ambition est d'amener les adolescents à une réflexion sur les conduites à risque et de les accompagner dans leur développement personnel. Leur donner la parole est apparu comme une priorité afin de les responsabiliser pour qu'ils prennent conscience de leurs facteurs de vulnérabilité et de protection.

Des professeurs d'éducation socioculturelle

La dimension culturelle et citoyenne des projets proposés a été une particularité liée à l'histoire de l'enseignement agricole. En effet, un corps spécifique de professeurs d'éducation socioculturelle existe dans les établissements afin d'animer le milieu rural et de former ses futurs acteurs. Autour de l'infirmière d'éta-

blissement, la communauté éducative s'est engagée dans des projets pérennes avec des intervenants du champ de la santé et des arts. Des groupes d'adultes relais se sont parfois constitués et, au fur et à mesure, les projets santé s'intègrent dans les projets d'établissement.

Parmi les actions les plus remarquables, citons :

- un concours national d'affiches sur le sida en 1995, qui a donné lieu à une exposition itinérante, présentée à l'Unesco ;
- des ateliers d'écriture qui ont permis la réalisation d'une collection de six recueils : « Les enfants dans un monde marqué par le sida », « L'adolescence dans tous ses états », « Plaisir, plaisirs », « Les jeunes en campagne contre le sida », « Les premières fois », « Parler de maladie et de handicap, t'es pas cap » ;
- un relais artistique et d'éveil philosophique autour de la prévention du sida et de la lutte contre l'exclusion, parrainé par le comédien Charles Berling, a donné naissance à des cafés philosophiques dans les bars de certains villages ;
- des projets sur les violences dans les relations amoureuses entre les jeunes.

Films sur l'adolescence

Pour continuer à donner la parole aux adolescents tout en les accompagnant et en les guidant, l'idée de garder une trace audiovisuelle s'est imposée. Trois documentaires sur l'adolescence ont été réalisés en métropole et à La Réunion. Ils sont utilisés depuis six ans par l'enseignement agricole et ses partenaires.

La dynamique développée à travers ces actions a conduit à la création d'un réseau d'éducation pour la santé,

l'écoute et le développement de l'adolescent (Reseda), structure nationale qui rassemble aujourd'hui trois cent trente personnes (enseignants, infirmières, conseillers principaux d'éducation, principaux, etc.). Son objectif est de favoriser les échanges et de renforcer les partenariats au niveau interministériel déconcentré.

Des valeurs humanistes, laïques et républicaines constituent le socle de toutes ces actions et sont au cœur d'un programme national de prévention et de lutte contre les discriminations intitulé « Faisons campagne à la campagne ». Il s'agit de cinq séances thématiques réunissant une quarantaine de films de courts-métrages, choisis par des élèves et étudiants de l'enseignement agricole : - « Qu'en dira-t-on ? » (lutte contre l'homophobie) ;

- « Filles/garçons : où en est-on ? » (lutte contre le sexisme) ;
- « Handicaps, maladies : comment en parle-t-on ? » (lutte contre les discriminations à l'égard de personnes souffrant de maladies ou de handicaps) ;
- « C'est quoi une addiction ? » (prévention des toxicomanies et des dépendances) ;
- « Aliments passion » (liens entre alimentation et santé).

Différents partenaires tels que le Fonds social européen (FSE), la Mildt et la Mutualité sociale agricole (MSA) ont contribué à développer ce projet. À ce jour, la centième projection se prépare. Ces films ont été vus par dix-huit mille spectateurs, élèves, étudiants et grand public.

L'appui de partenaires

Le ministère de l'Agriculture et de la Pêche a engagé, par ailleurs, une réflexion avec huit établissements viticoles sur des choix éclairés de consommation d'alcool.

Une vingtaine d'établissements a créé des supports de prévention contre les

violences sexistes en milieu rural tandis que Reseda développe chaque année un thème en lien avec les priorités de santé publique, avec l'appui de la DGS et de la Mildt.

Depuis septembre 2005, la création d'un bureau de la vie scolaire, étudiante et de l'insertion a contribué à renforcer l'éducation à la santé en la positionnant comme l'un de ses axes prioritaires. En douze ans, l'éducation à la santé et à la sexualité a permis de faire évoluer la réflexion autour de sujets tabous, de mieux prévenir les conduites à risque et d'inscrire dans la durée la prise en compte de la santé dans l'acte éducatif.

Ève Le Quang

Chargée de l'éducation à la santé et à la citoyenneté, direction de l'Enseignement et de la Recherche, ministère de l'Agriculture et de la Pêche,
Anne-Marie Servant
Chargée de la santé des jeunes, sous-direction Santé et Société, direction générale de la Santé (DGS), Paris.

Enseignement agricole : de la 4^e au diplôme d'ingénieur

L'enseignement agricole relève entièrement du ministère en charge de l'Agriculture. Il représente la deuxième communauté éducative en France. Il a pour objectifs :

- d'assurer une formation générale, scientifique, technologique et professionnelle initiale et continue ;
- de participer à l'animation et au développement des territoires ;
- de contribuer à l'insertion scolaire des jeunes, à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes et des adultes ;
- de contribuer aux activités de développement, d'expérimentation et de recherche appliquée ;
- de participer aux actions de coopération internationale, notamment en favorisant les échanges et l'accueil d'élèves, d'apprentis, d'étudiants, de stagiaires et d'enseignants.

Ses filières de formation vont de la 4^e aux diplômes d'ingénieur, de paysagiste et de docteur vétérinaire en passant par les CAP, BEP agricoles, les bacs technologiques, professionnels, scientifiques et les BTS agricoles. Ces diplômes préparent à des métiers dans

quatre grandes catégories : les productions agricoles, l'agroalimentaire, l'environnement, le paysage et les services.

Ce dispositif de formation s'appuie sur :
- 848 établissements techniques et professionnels dont 218 publics et 630 privés ;
- 26 établissements d'enseignement supérieur agricole, agronomique, agroalimentaire, vétérinaire et paysager, dont 19 publics et 7 privés ;
- 162 centres d'apprentissage dont 100 centres publics et 62 privés ;
- 455 centres de formation professionnelle continue dont 204 centres publics et 251 centres privés.

Les métiers issus de ces formations sont accessibles par différentes voies : formation scolaire, apprentissage, formation continue, validation des acquis de l'expérience (VAE), formations ouvertes et à distance.

Pour toute information sur les formations et les établissements de l'enseignement agricole, consulter le portail Internet de l'enseignement agricole : www.portea.fr.

NOUVELLE EN BREF

Sexualité : un guide d'intervention pour les professionnels

Le ministère de l'Éducation nationale a publié, début 2006, une brochure destinée à aider les enseignants et autres professionnels à intervenir sur l'éducation à la sexualité. Intitulé « Éducation à la sexualité, guide d'intervention pour les collèges et les lycées », ce document de 56 pages diffusé dans les académies constitue un cadre de référence et un appui méthodologique pour organiser des séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Il a pour objectif d'aider les équipes éducatives à préparer les séances, à structurer et animer leurs interventions. La première partie précise le cadre méthodologique et éthique nécessaire à l'organisation et à l'animation des séances d'éducation à la sexualité ; quelques pistes de réflexion sont proposées pour mieux appréhender les questions liées à la mixité ainsi qu'aux diversités culturelles. Sous la forme de fiche d'activités, le guide délivre par ailleurs des éléments de réflexion, d'information et de progression sur différentes thématiques : relations entre filles et garçons, violences à caractère sexiste, discriminations, intégration de la loi, prévention. Sont également abordées dans ces fiches les questions de la puberté, de l'éveil de la sexualité, de l'identité sexuelle, des stéréotypes, de la contraception, du désir d'enfant, de la prévention des infections sexuellement transmissibles ainsi que le thème « argent et sexualité ». Une bibliographie et les textes réglementaires de référence (circulaire du 17 février 2003 sur l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées) complètent ce document auquel l'INPES a apporté une contribution.

Cette brochure vient en complément de deux autres outils par ailleurs déjà publiés :

- le guide « L'éducation à la sexualité au collège et au lycée (diffusé depuis 2004) ;
- le livret « L'éducation aux comportements responsables au collège et au lycée » qui traite de la mise en œuvre d'actions dans quatre domaines : éducation à la sexualité, formation aux premiers secours, éducation nutritionnelle, prévention des conduites addictives.

Ces trois documents sont intégralement disponibles en ligne sur le site : <http://eduscol.education.fr/D0060/pedagogie.htm>

La promotion de la santé à l'épreuve des territoires

Quel est le rôle des territoires dans la mise en œuvre de la promotion de la santé ? Et d'abord qu'entend-on par territoires ? À l'heure où les nouveaux « programmes régionaux de santé publique » sont en voie d'adoption dans les régions françaises, quel est le territoire le plus pertinent pour agir en éducation pour la santé ? C'est à cette double question que s'attelle notre dossier central.

Alors qu'en toile de fond, la loi de santé publique a consacré la décentralisation de bon nombre d'actions au niveau local, le géographe Olivier David souligne que le territoire se définit davantage par le groupe social qui l'occupe que par la géographie du lieu. L'ethnologue, Nicolas Adell-Gombert, enfonce le clou : ce sont les hommes qui font le territoire, véritable « spatialisation de rapports sociaux ».

Dans ce dossier, nous vous présentons ensuite une série d'exemples concrets de territorialisation en marche à différents niveaux : région, pays, commune... Ainsi, la région Bretagne et plusieurs « Pays » (Saverne, Vosges...) expérimentent les projets territoriaux de santé. La commune d'Évreux ne fait pas autre chose – à son échelle – en développant des actions de santé publique au plus près des besoins de ses habitants, avec comme porte d'entrée une « Maison de la santé ». Et comme ce sont les hommes qui définissent le territoire, ce qui ressort de ce dossier est que toute action territoriale – de santé publique ou plus précisément de promotion et d'éducation à la santé – ne fonctionne que s'il y a mise en commun de l'ensemble des savoirs et des opérateurs. Dans cette orchestration, deux structures – parmi de nombreuses autres – ont sans doute un rôle spécifique à jouer : les Drass qui, comme le rappelle François-Paul Debionne, peuvent servir de « catalyseurs » à l'articulation entre les projets ; les comités régionaux et départementaux d'éducation à la santé qui constituent *de facto* un réseau pertinent pour développer des actions de promotion de la santé.

Yves Géry

Dossier coordonné par **Anne Laurent-Beq** et **Éric Le Grand**,
sociologues, consultants en santé publique.

Développer une approche territorialisée de la santé

Jamais la France n'a été autant marquée par une mise en œuvre de plus en plus locale de l'action publique. Chaque Français vit aujourd'hui dans un territoire, que ce soit au sein d'un pays – au 1^{er} mai 2004, 51 contrats de pays signés, 132 pays reconnus et 200 en projet – ou d'une communauté d'agglomération – au 1^{er} mai : 155 communautés d'agglomérations, 44 communautés urbaines^{1, 2}. L'organisation de ces « nouveaux territoires » reflète le souci d'être au plus proche de la préoccupation des personnes, de permettre une meilleure offre de service, d'optimiser les ressources disponibles et de lutter contre les inégalités, que ce soit au travers de l'éducation, du logement, de la culture, etc.

Le champ de la santé publique aspire de plus en plus, lui aussi, à une territorialisation des politiques de santé. Ce phénomène apparaît notamment dans les Programmes territoriaux de santé, mais s'inscrivait aussi dans le PNEPS, notamment à travers le soutien au développement d'organisations locales. La mise en place des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps) a permis de renforcer ce mouvement afin de rendre accessible à tous une éducation pour la santé de bonne qualité.

Quel que soit son nom, si le territoire est un espace structuré, d'essence politique et doté de sens car défini par des critères objectifs liés à l'état de l'habitat, à l'organisation économique, aux modalités de circulation..., il n'en demeure pas moins qu'un territoire est aussi un lieu de sociabilité et de socialisation³. Et, de ce point de vue, un marquage « politique » territorial peut différer de la manière dont la population perçoit le territoire, et de la manière dont elle le vit⁴. Ce dernier peut, en effet, avoir des contours différents de ceux définis par la volonté publique, il peut être perçu positivement par la population alors qu'il est désigné plutôt négativement par le politique et identifié comme zone dite « défavorisée ».

Ce constat doit donc nous inciter à une certaine prudence par rapport à l'approche territoriale et nous amène à réfléchir à la nécessité de faire coïncider un territoire « administratif » et un territoire « imaginaire et subjectif », dans

une perspective commune de lutte contre les inégalités. Cela, afin d'offrir à chacun, quel que soit son âge ou son statut, un accès à des services de qualité.

Cette première réflexion suscite une autre interrogation, propre à tout phénomène de territorialisation de l'action publique, celle de l'échelle pertinente du territoire pour permettre l'action. Chaque politique publique s'appuie sur des indicateurs qui lui sont propres pour élaborer des objectifs. Dans le champ de la santé, l'analyse épidémiologique est privilégiée. Toutefois, cette délimitation amène bien souvent à définir ces territoires par la négative : trop d'obésité, trop de décès par maladies cardiovasculaires, etc.

Bien souvent, cependant, existe un lien – ténu mais aisément vérifiable – entre concentration de problèmes « sanitaires » et problèmes sociaux. En effet, nous pouvons penser que la difficulté d'accès au logement pour les personnes les plus défavorisées va les amener à habiter dans des secteurs identifiés comme prioritaires, pour une politique de logement par exemple. Cette « coïncidence » nous amène ici à penser la territorialisation comme une chance pour la promotion de la santé en France car elle devra impliquer une coordination et une action nécessairement transversale en direction du logement, de la culture, de l'accès aux soins...

Pour autant, cette approche territorialisée de la santé doit réunir – au moins – deux conditions pour pouvoir être mise en œuvre : d'une part, l'acquisition de nouvelles compétences pour les politiques, les professionnels et les éducateurs pour la santé et, d'autre part, le décloisonnement de chaque champ avec un partage de connaissances et une réelle articulation des politiques publiques. En effet, la démarche de territorialisation dans le champ de la santé ne s'inscrit pas dans un espace neutre et vide de toute action publique. De multiples opérateurs, eux-mêmes inscrits dans des dispositifs existants, agissent dans le champ de la culture, du loisir, de l'environnement, de l'éducation, du logement, de l'action sociale.

Ces acteurs aussi « pensent » le territoire. Pour donner un exemple : dans le champ de l'école et des mouvements complémentaires à l'école, nous retrouvons les dispositifs tels que les ateliers relais⁵, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc), ainsi que les contrats éducatifs locaux (Cel) portant sur l'accès à la culture, les loisirs, la santé... Au 1^{er} Janvier 2004 : 2 686 contrats éducatifs locaux étaient signés, touchant 4 069 000 enfants et jeunes dans 9 275 communes⁶, les enjeux de ces contrats signés entre les collectivités locales, l'Éducation nationale et Jeunesse et Sports sont doubles : recréer le lien social pour les zones urbaines, lutter contre l'isolement pour les zones rurales. Par ailleurs, la politique de la Ville intègre aussi une dimension santé à travers par exemple les ateliers Santé-Ville (ASV)...

La mise en œuvre d'une approche territoriale dans le champ de la santé implique à la fois d'appréhender les différentes composantes de la vie d'une personne mais aussi de connaître et reconnaître les autres acteurs éducatifs, sachant que ces derniers œuvrent bien souvent dans un axe semblable aux propres valeurs et éthique des intervenants en éducation pour la santé.

Si cette approche semble à plus d'un titre pertinente, elle contient aussi un paradoxe qui repose sur le constat suivant : comment penser la pertinence de politiques de plus en plus locales alors que l'échelle des problèmes est de plus en plus globale ?

Ces différents points sont à prendre en compte dans une approche territorialisée afin d'éviter de renforcer l'impression de mille-feuilles de dispositifs publics entraînant parfois sinon des contradictions, du moins des incohérences ou des sollicitations des mêmes acteurs à de multiples reprises dans des cadres différents, segmentant ainsi des approches qui mériteraient d'être mieux articulées. L'émergence de nouveaux métiers tels les animateurs territoriaux de santé constitue dans ce domaine une perspective intéressante de voir se développer des liens entre les politiques et les projets.

À travers ce dossier, nous avons souhaité aborder l'approche territoriale de santé autour de trois axes.

Le premier propose une définition du territoire éclairée par un géographe et un ethnologue. Ainsi cette notion s'élargit pour passer d'un espace géographique à un espace social, source de la construction d'une identité, parfois même de conflits.

Le deuxième fait place à la définition des politiques publiques et à l'approche territoriale. Comment permettre une cohérence, un travail en partenariat à l'échelle d'une région ? Un cadre comme celui des projets territoriaux de santé, expérimentés en Bretagne, a effectivement permis de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé en développant le partenariat et l'implication de la population.

À l'interface entre les politiques de santé et les acteurs locaux impliqués sur les territoires, le réseau des comités d'éducation pour la santé a un rôle à jouer dans la mise en œuvre de ces projets territorialisés, à condition qu'il puisse définir sa spécificité, au regard notamment des autres acteurs du développement local.

Enfin, le dernier axe est celui des actions et des métiers. Communes, pays, etc., mettent en œuvre des projets basés sur des concertations élargies associant des professionnels, des élus, et la population. Ces projets nécessitent parfois d'être accompagnés par des professionnels d'un genre nouveau. Les animateurs territoriaux de santé viennent jouer le rôle de coordinateurs. Pour que l'approche territoriale de santé ne devienne pas un dispositif de plus mais s'appuie sur les ressources existantes afin de créer de nouvelles dynamiques.

Anne Laurent-Beq et Éric Le Grand

Sociologues, Consultants en santé publique.

Comment penser la pertinence de politiques de plus en plus locales, alors que l'échelle des problèmes est de plus en plus globale ?

1. Source *Entreprises territoires et développement (ETD)* : <http://www.projetdeterritoire.com>

2. Il faut ajouter les contrats de ville... Pour ETD, par rapport au contrat de pays : tous les Bretons habitent dans un pays reconnu, trois quarts des Francs-Comtois également, 1 % des habitants de Paca, 4 % en Rhône-Alpes et de Nord-Pas-de-Calais.

3. Roncayolo M., urbaniste : « L'appartenance, la représentation, le pouvoir et la globalité fondent le concept de territoire. C'est l'activité humaine qui provoque le territoire. »

4. Le territoire est aussi un espace où différents temps sociaux se superposent (temps de l'école, temps du travail, du temps libre, etc.) mais aussi où la mémoire individuelle et collective du lieu intervient.

5. Créés à la rentrée scolaire 2002, ces ateliers font partie des dispositifs relais qui permettent de rescolariser et de resocialiser les élèves entrés dans un processus de rejet de l'institution scolaire. Ce dispositif s'appuie sur un partenariat entre le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et les associations d'éducation populaire que sont notamment les Francas, les Cemea et la Ligue de l'enseignement.

6. Voir le rapport « Contrats éducatifs locaux en 2003 », octobre 2004, 58 p., téléchargeable : www.education.gouv.fr/cel/image-setdoc/DOC%20CEL%202003.pdf

Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques

La territorialisation des politiques publiques – santé, social, éducation – est devenue réalité avec la décentralisation. Pour le géographe Olivier David, le territoire n'est pas défini par la géographie mais par le groupe social qui l'occupe. L'échelon local semble le plus pertinent car il prend en compte les caractéristiques de ce groupe social et de son « territoire ». Attention toutefois au risque de disparités de traitement ! Seul l'État, en contrôlant et régulant, peut empêcher ces dérives et garantir l'égalité.

Depuis le début des années quatre-vingt, les collectivités locales (mairies, conseils généraux et régionaux) ont pris une place de plus en plus importante dans le développement et la mise en œuvre des politiques publiques, en particulier dans les domaines sanitaire, social et éducatif. Ce mouvement s'est accompagné d'une évolution des modes de gestion de l'action publique, afin notamment de mieux prendre en compte la variabilité et la multiplicité des situations locales, et traiter ainsi plus équitablement les inégalités socio spatiales. Tout cela a bien évidemment été encouragé par les lois de décentralisation et le partage des compétences qui les caractérise. Ces nouvelles formes d'intervention sont venues contre-carrer des décennies de politiques centralisées et très uniformes.

Dès lors, la territorialisation des politiques publiques s'est progressivement imposée. Les grands programmes nationaux ont laissé place à une approche différenciée des territoires, en recherchant les niveaux d'échelles les plus adaptés au développement des actions. Les collectivités territoriales et locales ont souvent pris le pas sur les services déconcentrés de l'État et ont affirmé leur rôle de véritables coordinatrices des politiques publiques à l'échelon local. Ce mouvement a été fortement encouragé par l'aspiration des élus locaux à étendre leur champ de responsabilités dans des domaines de plus en plus divers.

Cette contribution propose, dans un premier temps, de revenir sur la complexité du terme territoire, à partir d'un

corpus de définitions emprunté à la géographie. Ce détour sémantique permettra ensuite d'évoquer le processus de territorialisation des politiques publiques, rendu visible par un ancrage au niveau local très fort, cet échelon apparaissant souvent comme celui de la cohérence et de l'optimisation de l'action publique. Toutefois, cette évolution appelle aujourd'hui de nouveaux questionnements sur les risques et les limites d'une plus grande complexité territoriale.

De l'espace au territoire

Les géographes mobilisent souvent deux notions différentes mais complémentaires, celles d'espace et de territoire. Cela est lié à l'essence même de la discipline, qui a pour objet la connaissance de l'espace terrestre et de son organisation. Si la confusion entre les deux termes est fréquente, leur sens n'en est pas moins différent. *« Renoncer au terme d'espace pour retenir celui de territoire, c'est admettre implicitement que les valeurs sociales jouent un rôle premier dans toute lecture d'une étendue terrestre quelconque. Et mettre en position centrale, dans la réflexion, les valeurs sociales, c'est reconnaître que l'espace (l'étendue) se prête à l'équipement (en infrastructures par exemple) et le territoire à l'aménagement. Ainsi, privilégier la dimension territoriale apparaît cohérent, pour promouvoir un aménagement à visage humain. Il impose de placer l'existence des individus et des groupes sociaux au cœur de politiques d'aménagement et de développement [...] »*, souligne le géographe Hervé Gumuchian (référence en fin d'article).

Ainsi, l'espace est, au sens premier du terme, une étendue, que l'on peut parcourir et mesurer par ses distances et sa superficie. Constitué d'un ensemble de lieux, il possède des propriétés spécifiques, naturelles ou matérielles, ces dernières résultant de l'action des hommes sur leur milieu. Tout cela donne à l'espace terrestre une certaine organisation, une certaine physionomie, que la géographie s'autorise à décrypter, à comprendre.

Cette première définition accorde d'emblée une place à l'action des hommes sur l'espace géographique. Il est en effet impossible de le comprendre sans s'intéresser aux pratiques et comportements des sociétés. C'est le cadre familier d'existence de l'homme-habitant : il y vit et se l'approprie, il y effectue ses déplacements, il y exerce ses activités, il le met en valeur et l'organise... Les individus construisent ainsi un ensemble de lieux repérés de la vie sociale, tels que les commerces, les centres de services, les espaces de loisirs, les lieux de fêtes, les espaces culturels... C'est par cette acception plus précise que nous aborderons la notion de territoire, espace d'investissement et d'action de l'homme, dans son statut d'habitant, de producteur, de consommateur, de citoyen...

Ainsi, la notion de territoire ne peut être dissociée de la notion de société. Le territoire peut donc être considéré comme portion de l'espace terrestre, appropriée par un groupe social donné, pour satisfaire à ses besoins vitaux. Cette entité géographique n'est autre que le lieu de vie du groupe, sur laquelle il inscrit des points forts, des lieux, pour



assurer son existence. La lecture du territoire ne peut se comprendre sans référence au groupe social qui le structure. De ce fait, le territoire est un espace pertinent pour l'action des hommes car il est à la mesure et à la taille des individus et des groupes sociaux. C'est une entité géographique et sociale qui donne du sens à l'action des hommes, et sa définition est beaucoup plus complexe qu'une simple maille administrative. Le concept s'est donc progressivement imposé pour agir au plus près du lieu de vie des individus.

Un ancrage au « local » des politiques publiques

Le territoire est devenu central dans la mise en œuvre des politiques sanitaires, sociales et éducatives. La définition de politiques à l'échelle locale permet de proposer des réponses globales et transversales, calées sur les réalités sociales et territoriales. Les pouvoirs publics espèrent ainsi faire face à de nombreux problèmes sociaux, en les traitant dans leur multidimensionnalité, afin de traiter plus équitablement et plus efficacement les déséquilibres. Au

cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, de nombreuses politiques se sont inspirées de ces principes : politique de la ville, politique d'insertion professionnelle, politique éducative, politique du logement...

Nous pourrions discuter longuement sur la ou les définitions du terme local, tant la notion est subjective et par conséquent ambiguë. Dans ce propos, nous nous rangerons néanmoins derrière l'acception la plus courante. Le local est ici considéré comme un niveau d'échelle très fin, délimitant un espace de petite dimension, mais dont la configuration varie inévitablement selon les individus et les contextes auxquels il fait référence. La définition de l'échelon local est indissociable des projets et interventions mis en œuvre par les acteurs locaux (habitants, collectivités locales, administrations, associations, entreprises, etc.). Elle est donc soumise à une variabilité importante d'appréciations et de représentations.

Nous insisterons davantage sur d'autres attributs inhérents à l'échelle locale,

présentés comme de réels avantages par les artisans de la décentralisation politique et administrative. En effet, le niveau local est souvent considéré comme celui de la proximité des habitants et des territoires sur lesquels ils vivent. C'est d'abord l'espace résidentiel, où les populations trouvent l'essentiel des services quotidiens et maîtrisent plus facilement les espaces publics, où elles côtoient les mêmes lieux collectifs... C'est également l'espace de l'interconnaissance, réunissant des hommes vivant dans un même environnement, ayant souvent les mêmes pratiques spatiales. Pour toutes ces raisons, l'échelle locale coïncide avec le territoire du quotidien de l'habitant, du citoyen ou de l'utilisateur. Il est particulièrement propice à l'intégration et à la participation de tout un chacun, favorable à la mobilisation sociale et par conséquent au développement.

Les collectivités locales et territoriales, ainsi que certaines administrations, se sont rapidement focalisées sur cette échelle d'intervention, pour répondre au mieux aux besoins des populations,

et définir de façon plus cohérente les formes d'action. La relation avec les habitants ou les usagers, à la fois plus proche et plus fréquente, permet de recenser au mieux leurs attentes et leurs besoins. Ainsi, la référence au niveau local est devenue très importante dans la mise en œuvre des politiques publiques, et le territoire s'est progressivement affirmé comme un outil de lecture des phénomènes sociaux.

Cette évolution induit une décentralisation et une analyse des situations à une échelle très fine, pour redéployer l'action publique à des niveaux pertinents. En effet, la référence à un territoire, et non plus à une population ou à un groupe bien identifié, induit le développement d'analyses plus globales et transversales, dépassant des logiques proprement sectorielles. Elle exige de transcender chacun des champs ministériels, pour apporter des réponses plus globales aux besoins des populations. La proximité des populations ou des publics ciblés est de ce fait un avantage considérable pour définir judicieusement les formes d'action. De surcroît, la relation quotidienne aux administrés facilite le recensement des besoins et attentes sociales.

En outre, la référence à l'échelle locale est souvent associée à une plus grande efficacité dans la mise en œuvre des interventions et dans la coordination des acteurs territoriaux. Ce niveau d'échelle permet évidemment de mieux analyser les situations territoriales et de mobiliser les différents partenaires et acteurs locaux pour mettre en place des projets de développement cohérents.

L'État, garant de l'égalité territoriale

Ainsi, la définition de politiques à l'échelle locale présente un certain nombre d'avantages. Elle permet d'adapter les programmes de développement aux besoins exprimés par les populations, en tenant compte des caractéristiques sociales et des contextes territoriaux. Les élus locaux ont fait des efforts considérables en la matière depuis les lois de décentralisation. Toutefois, les difficultés de mise en œuvre et les disparités de traitement, d'un lieu à l'autre du territoire national, créent un risque réel de développement des inégalités, selon les volontés politiques et les richesses des collectivités. Tout

cela rend concrètement très difficile l'articulation des enjeux locaux et de la politique nationale.

Si l'initiative locale constitue aujourd'hui un élément incontournable dans la mise en œuvre de politiques sanitaires, sociales et éducatives, le renforcement de la décentralisation ne doit pas occulter une définition claire et précise du rôle de l'État. Cette réalité impose une réflexion rapide sur le rôle de régulation de l'État, pour éviter que les divergences idéologiques et politiques, d'une part, et que les contextes territoriaux, de l'autre, n'influencent les politiques publiques développées à l'échelle locale. Le niveau national, au-delà de sa mission de contrôle et de régulation, doit permettre de soutenir les initiatives locales tout en assurant des rééquilibrages à l'échelle nationale, dans une réelle démarche de coconstruction, articulant décentralisation et cohésion nationale.

Olivier David

Maître de conférences en géographie,
UMR CNRS « Espaces géographiques
et sociétés », université Rennes-II.

► Bibliographie

- Beauchard J. (sous le dir.). *La mosaïque territoriale, enjeux identitaires de la décentralisation*. La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube, coll. Bibliothèque des territoires, 2003 : 182 p.
- Brunet R., Ferras R., Théry H. *Les mots de la géographie, dictionnaire critique*, Reclus. Paris : La Documentation Française, 1998 : 518 p.
- David O. *Les arbitrages politiques locaux en matière d'accueil de la petite enfance*. Informations Sociales (Cnaf), septembre 2002 ; n° 103 : 22-33.
- Gumuchian H. *Représentations et aménagement du territoire*. Paris : Anthropos, coll. Géographie, 1996 : 186 p.
- Lévy J., Lussault M. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin, 2003 : 1034 p.
- Ouvrage Collectif. *Politiques sociales et territoires*. Revue française des Affaires sociales, hors-série, ministère du Travail et des Affaires sociales, La Documentation Française, 1996 : 171 p.
- Tronquoy P. (sous la dir.). *Décentralisation, État et territoires*. Paris : La Documentation Française, Les cahiers français, janvier-février

« Terre humaine » : les territoires de l'ethnologue

Le territoire n'est pas qu'un simple découpage géographique, politique et/ou administratif. Comme le démontre l'ethnologue Nicolas Adell-Gombert, le territoire représente pour les populations une matrice où s'expriment également des enjeux de pouvoir et d'identité. Une pensée qui s'observe dans tous les lieux de l'humanité, depuis les peuples dits « primitifs » jusqu'à nos propres sociétés post-industrielles.

« Terre humaine »... tel est le titre choisi il y a plus d'une cinquantaine d'années par l'ethnologue Jean Malaurie au moment de fonder la grande collection d'ethnologie que l'on connaît et qui fut inaugurée notamment par le fameux *Tristes Tropiques* de Claude Lévi-Strauss. On y décèle l'importance de l'espace, de l'empreinte que les hommes y laissent et de la façon dont ils l'instrumentalisent. Aucun ethnologue ne saurait passer sous silence cette dimension dans la mesure où, à un moment donné, sa nécessaire expérience de terrain le conduit à vivre chez ceux qu'il prétend étudier.

Tout espace, dans la mesure où il affleure à la conscience de l'homme même s'il n'y vit pas, devient de ce fait un espace « produit », et donc le fruit d'une construction intellectuelle. Mais l'idée de territoire se situe à un niveau supérieur encore car elle engage des opérations de l'esprit bien plus conscientes. C'est un espace non seulement vécu mais encore pensé : on lui attribue une fonction sociale. Cette fonction est principalement de deux types pour l'ethnologue : d'une part, il y a territoire là où s'expriment à quelque niveau que ce soit des rapports de pouvoir ; d'autre part, tout territoire confère à ceux qui l'habitent, de manière plus ou moins affirmée, une identité spécifique. Pouvoir et identité, tels sont les deux vecteurs de l'approche ethnologique de la territorialité, c'est-à-dire de ce qui fait la spécificité de l'espace-territoire par rapport à tout autre type d'espace.

La nécessité de la frontière

Pour qu'un territoire existe et qu'il soit efficace, il est nécessaire que l'on

puisse en cerner distinctement les contours. Or, pour les populations, et par conséquent pour l'ethnologue, le bornage d'un espace est toujours plus qu'un simple découpage d'une portion de sol. C'est aussi l'établissement de limites sociales et symboliques entre Eux et Nous, le point où l'altérité et l'entre-soi se rencontrent. Ce n'est pas un hasard si, dans la mythologie grecque, il revient à Apollon l'honneur d'être le dieu des fondations de cités, sorte de spécialiste des identités autochtones. Marcel Detienne a bien montré dans son *Apollon le couteau à la main* que ce poignard servait aussi bien à effectuer des découpages dans l'espace pour créer du territoire (donc différencier du semblable, à savoir des hommes) qu'à procéder à des sacrifices (donc rejoindre du différent, à savoir des hommes et des dieux) (1). Issu de ce double mouvement du processus identitaire, se différencier et s'unir autour de pratiques communes, Apollon s'affiche comme un être des frontières, essence divinisée de la territorialité dont il révèle l'importance au-delà de la simple organisation de l'espace.

Identité et territoire

D'une certaine façon, le territoire se présente donc comme la spatialisation de rapports sociaux puisqu'il signale l'appartenance ou, au contraire, l'exclusion du groupe. Mieux, ces rapports ont besoin d'une traduction dans l'espace de manière à être mieux appréhendés. Le sentiment identitaire construit l'espace amené à le supporter, espace qui deviendra par la suite territoire et servira en retour de ressource à l'identité. Il s'agit d'un mouvement dialectique au terme duquel la natura-

lisation de l'identité lui confère une consistance supérieure : le « nous appartenons à la même terre » possède une solidité, peut-être une prétention d'éternité (puisque cette terre demeurera même après notre disparition) donnant une stabilité qui n'appartient pas au « nous partageons les mêmes idées » (puisque celles-ci peuvent s'évanouir ou mourir avec les êtres qui les portent).

Sur ce plan, le territoire s'offre à nous aussi sous l'aspect de temps pétrifié. En effet, on y trouve le sentiment d'appartenir à une communauté qui dépasse celle que l'on peut observer *hic et nunc* et englobe les ancêtres qui nous enracinent et les descendants qui nous projettent dans l'avenir. Un territoire a toujours besoin d'une dose minimale de temps accumulé pour être opérationnel au niveau des constructions identitaires, un ancrage chronologique plus ou moins profond. Il n'est pas de territoire sans patrimoine. Selon les ambitions ou les enjeux identitaires, celui-ci peut être très variable. Il peut, par exemple, consister en un ensemble instrumental établissant une identité « moyenne ». C'est le principe des écomusées, qui reconstituent des scènes de la vie quotidienne et donnent à voir aux touristes « le » Creusois, « le » Cantalien. Ce sont d'une manière générale tous les « lieux de mémoire » matériels (le monument aux morts) ou immatériels (le souvenir du poète Frédéric Mistral en Provence).

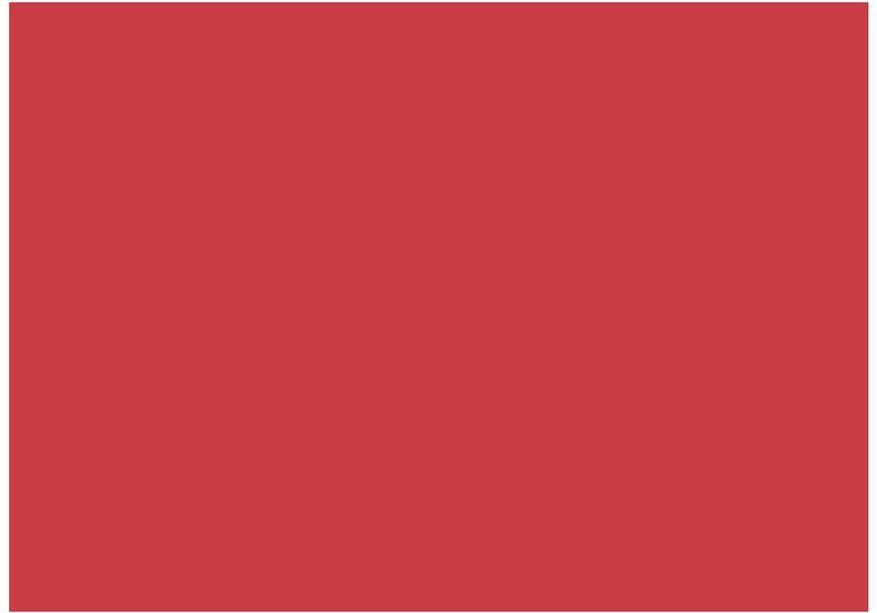
Enfin, de même qu'il existe plusieurs niveaux identitaires, on a souvent affaire à des imbrications territoriales complexes mais dont un seul niveau est pertinent dans un contexte donné. Un

exemple suffira. Dans un article passionné, l'ethnologue Jean-Noël Pelen explique les mécanismes du sentiment identitaire en Pays d'Arles, territoire au sein duquel se distinguent trois autres « pays » (que l'auteur qualifie de « terroir » pour montrer justement que l'on opère à des niveaux différents) : la Crau, les Alpilles, et la Camargue (2). Chacun d'entre eux possède ses propres expressions identitaires, ses spécificités qui permettent à la « cravenité » (du provençal *cravenc* désignant les gens de la Crau), à « l'alpillité » et à « la camarguité » d'exister sinon dans le vocabulaire, en tout cas dans les pensées. Mais ces catégories territoriales disparaissent derrière la provençalité du Pays d'Arles quand le contexte l'exige. On est camarguais contre ceux des Alpilles ou de la Crau, mais on est provençal pour tous les autres, lors de la feria d'Arles, par exemple, contre celle de Nîmes.

Espaces de pouvoir(s)

Ce jeu des appartenances territoriales se retrouve sous toutes les latitudes et peut aboutir, comme chez les Nuer, peuple soudanais étudié par l'anthropologue britannique Evans-Pritchard dans les années 1930 (3), à des luttes violentes censées réaffirmer des identités de groupe. Le territoire, dans la mesure précisément où il recèle quelque chose de l'identité, doit être défendu ou au moins placé sous le signe d'une certaine exclusivité. Il faut qu'une autorité s'y exerce mais on comprendra sans difficulté que les véritables enjeux du pouvoir, notamment en ce qui concerne celui que l'on qualifie de « politique », se situent non à l'intérieur mais sur les bornes de cet espace. Le territoire est une affaire de périmètre et non de surface. C'est de ce type de problème qu'émerge, pour les ethnologues, la question de la naissance de l'État, dont la dimension identitaire conduit à l'idée de nation. Cela implique cependant, à un certain niveau, de nier les identités infra-nationales en établissant arbitrairement de nouveaux territoires : stratégie coloniale dans ses propres terres...

D'une façon générale, la question du territoire se hisse au premier plan, presque sans que l'ethnologue l'ait convoquée, dès que celui-ci est conduit à analyser des questions relevant du politique, du pouvoir ou de l'autorité.



Par exemple, Louis Dumont, qui a travaillé sur le système des castes, en Inde, mentionne que ce système possède une visibilité empirique dans la mesure où une segmentation spatiale lui correspond (4). Chaque caste possédait sa propre circonscription territoriale et a profité du désordre ambiant, durant des périodes de recomposition spatiale comme lors de la domination britannique, pour s'étendre. Une hiérarchie des espaces se dessine actuellement en fonction du degré de pureté de la caste qui s'y trouve. De façon très claire ici, il apparaît bien que ce sont les hommes qui font le territoire et non ce dernier qui les détermine au départ.

Le bornage de l'humanité

Toutes les sociétés humaines sans exception ont une vision d'elles-mêmes comme centre du monde, soit parce qu'elles seraient les seules représentantes légitimes de l'humanité : c'est le cas de plusieurs tribus amazoniennes et australiennes qui se qualifient de « Personnes », d'« Humains », sous-entendant ainsi que tout autre individu se situe hors de cette humanité qui leur est propre ; soit parce qu'elles en occupent symboliquement la place centrale : « l'empire du Milieu » des Chinois comme les mappemondes eurocentrées de nos manuels scolaires reflètent cet état d'esprit.

Or, pour se positionner au centre, il faut dans le même temps penser des limites, des frontières à cette humanité dont chaque groupe prétend être le seul

ou le meilleur exemplaire. Pas de centralité sans une pensée de la circonférence, sans l'image de ce territoire ultime, ressource du degré zéro de l'affirmation identitaire : « Je suis un humain. » C'est l'aboutissement d'une chaîne d'identifications territoriales qui correspond, pour nos sociétés occidentales modernes, au territoire-monde, à la Terre. Une « Terre humaine » donc, contenant l'archipel des autres « terres humaines » imaginées par les sociétés extra-européennes comme autant de territoires insulaires à l'horizon desquels il n'est plus d'identité, et donc plus d'utilité à penser l'espace.

Nicolas Adell-Gombert

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche, enseignant à l'université de Toulouse-II-Le Mirail.

► Références bibliographiques

- (1) Detienne M. *Apollon le couteau à la main*. Paris : Gallimard, coll. Bibliothèque des sciences humaines, 1998 : 368 p.
- (2) Pelen J.-N. *Le Pays d'Arles : sentiment d'appartenance et représentation de l'identité*. La revue Terrain n° 5, octobre 1985 : 37-45.
- (3) Evans-Pritchard E. *Les Nuer*. Paris : Gallimard, coll. Tel, 1994 : 318 p.
- (4) Dumont L. *Homo hierarchicus. Le système des castes et ses implications*. Paris : Gallimard, coll. Tel, 1966 : 452 p.

Santé publique : la Bretagne articule plan régional et projet territorial

Depuis trois ans, des « projets territoriaux de santé » sont expérimentés en Bretagne avec l'appui de l'État, de l'Assurance Maladie et du conseil régional. Premier constat : cette animation territoriale permet de prendre en compte l'ensemble des déterminants sanitaires et de développer une approche d'éducation pour la santé. Elle est une des principales stratégies du plan régional de santé publique en cours d'élaboration.

Les enjeux et défis sont de taille en Bretagne en matière de santé publique. La région se trouve face à un paradoxe : alors que la situation socioéconomique de la région est bonne, les indicateurs de santé sont préoccupants, en particulier la mortalité prématurée masculine supérieure de 16 % à la moyenne nationale. Comment comprendre ce paradoxe et trouver des stratégies efficaces ?

L'approche menée depuis le début des années 1990 montre ses limites à travers la juxtaposition de programmes thématiques régionaux, devenant priorité tour à tour pour les acteurs locaux en fonction de l'agenda... et l'intervention locale à travers les réseaux spécialisés, associant professionnels ou associatifs difficiles à mobiliser ou maintenir¹. Le modèle reste peu performant en termes de développement des actions de promotion de la santé et de prévention, d'implication des populations et de leurs représentants, et d'interventions intersectorielles.

Le pari qui est fait à travers la politique régionale qui se dessine est de développer une approche communautaire à l'échelon de territoires locaux, tout en renforçant l'échelon régional dans son rôle de pilote et de stratège. Il s'agit d'améliorer la mise en cohérence des actions et des moyens, et la coordination des acteurs ; toutefois un certain nombre d'interrogations demeurent aux deux échelons.

Sept territoires pilotes

Depuis 2003, des expérimentations d'animation territoriale de santé ont été

mises en place en Bretagne et concernent maintenant sept territoires : six Pays et une ville (« les promoteurs »). La Bretagne compte vingt et un Pays qui la couvrent en son entier ; cet espace de projet est apparu pertinent comme territoire de santé en raison de sa taille et des dynamiques politiques qui s'y développent.

Les promoteurs engagés dans la démarche élaborent et mettent en œuvre un projet territorial de santé ; ils recrutent un animateur de santé. Les expériences sont cofinancées par le promoteur, l'État, l'Urcam et, depuis 2005, le conseil régional. Des instances d'appui technique et de pilotage sont mises en place dont un comité régional réunissant les principales institu-

tions du champ de la santé publique de la région².

Un bilan d'étape³ montre des résultats positifs en termes d'animation de réseaux locaux, de développement de la promotion de la santé, d'émergence de projets intersectoriels portés dans le cadre d'une politique globale des Pays, de mise en cohérence des programmes régionaux de santé sur le territoire. Des aménagements sont suggérés pour mieux définir le contenu et les attendus de l'animation territoriale, et rendre plus lisible et efficace le dispositif. Des alternatives aux animateurs dédiés peuvent être envisagées selon les territoires.

Des interrogations persistent sur le modèle de territorialisation même si

l'ancrage à une institution politique semble, *a priori*, essentiel pour l'approche de santé communautaire.

L'élaboration du Plan régional de santé publique (PRSP) en cours est l'occasion de décrire les éléments de la politique régionale de santé publique ; ce travail, qui vient dans la continuité d'une réflexion menée de longue date, se fait à travers un groupe-projet réunissant des représentants de l'ensemble des acteurs de la région. L'écriture du PRSP représente l'occasion de clarifier, énoncer, partager ces éléments de politique : cela en particulier à travers des stratégies transversales (renvoyant à des outils d'intervention) et des modalités de mise en œuvre du Plan.

La territorialisation est une des stratégies du PRSP ; l'animation territoriale de santé devrait être étendue en prenant en compte les enseignements de l'expérimentation en cours. La possibilité d'expérimenter d'autres modèles intégrant offre de soins et prévention n'est pas écartée.

Renforcer la qualité des interventions

Le développement de la promotion de la santé est une autre stratégie transversale du PRSP : des interventions auprès de l'ensemble des membres d'une communauté et sur son environnement permettant l'apprentissage de comportements favorables à la santé, la prise en compte de l'impact des poli-

tiques sectorielles ou locales sur la santé, le développement du lien social, la modification des environnements ayant un impact négatif. Un Programme régional d'éducation pour la santé (Preps) permet d'actualiser les objectifs du Sreps en prenant en compte les évolutions du système de santé : il s'agit, à travers ce programme support, de renforcer la qualité des interventions de promotion de la santé. Un pôle de compétences régional servira de lieu de coordination et mutualisation. Ces outils doivent permettre de répondre à certaines limites dans le développement de l'éducation pour la santé.

L'organisation qui se met en place devrait permettre une clarification du rôle et des articulations entre les échelons. Le Groupement régional de santé publique (GRSP) est chargé de mettre en œuvre le PRSP ; il disposera de leviers (financiers, partenariat institutionnel) pour développer des stratégies de santé efficaces et faire prendre en compte les populations et territoires prioritaires. L'échelon départemental doit continuer de jouer un rôle d'animation, de coordination, d'appui technique des opérateurs, thématiques ou territoriaux, à travers une instance pluri-institutionnelle animée par les Ddass (trois départements sur quatre en disposent). Les Pays (ou les collectivités locales, communes ou communautés de communes) mettent en œuvre leur projet territorial de santé construit sur un diagnostic communautaire.

La qualification des opérateurs et la qualité des interventions doivent être renforcées à travers plusieurs éléments : la définition d'une offre minimale de prévention par territoire, une démarche qualité aboutissant à des cahiers des charges détaillés pour améliorer les contractualisations avec les opérateurs (sans bloquer les innovations). Les projets territoriaux de santé permettent d'identifier des besoins auxquels pourront répondre des appels à projets ciblés.

Associer la population

L'animation territoriale de santé permet de prendre en compte des déterminants de santé relevant d'autres secteurs et d'intégrer les questions de santé dans un projet de développement plus global (par exemple, des moyens de transports vont être développés pour diminuer l'isolement des personnes âgées). De plus, le débat public, la prise en compte des besoins des habitants, leur participation aux actions sont plus facilement mis en œuvre dans le cadre de l'animation territoriale.

Les animateurs territoriaux de santé sont des relais efficaces pour développer des approches d'éducation pour la santé. Par exemple, en Ille-et-Vilaine, bénéficiant de l'appui des CODES, ils deviennent ressources en mettant en place un centre de documentation et en développant les méthodes de l'éducation pour la santé dans les réseaux qu'ils animent.

Le développement de l'animation territoriale de santé dans le même temps que le renforcement de la régionalisation nous semble porteur de synergies : mobilisation de collectivités locales, intégration des questions de santé dans des politiques globales, prise en compte des besoins et savoirs locaux, croisement des regards et des pratiques entre approche communautaire et thématique.

François Petitjean

Médecin inspecteur régional adjoint,
Drass de Bretagne, Rennes.

1. Le Schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps) élaboré en 2003 n'a pas échappé à ces limites.
2. Drass et Ddass, Urcam, ARH, conseil régional, conseils généraux.
3. Loncle P. Bilan d'étape du dispositif régional d'animation territoriale en Bretagne. Rennes : ENSP, novembre 2005.

L'enjeu des politiques de santé en région

Quel est le rôle des Drass dans la mise en place d'une politique territoriale de santé ? Pour François-Paul Debionne, les Drass constituent l'interface entre le niveau national, le niveau régional et local. Elles peuvent ainsi veiller à l'articulation entre les différents projets à chaque niveau. Il leur incombe aussi de jouer un rôle de repérage des inégalités afin de renforcer, le cas échéant, des actions spécifiques sur les territoires concernés. La question de la territorialisation nécessite un questionnement permanent pour la mise en œuvre d'actions de qualité au plus proche des besoins de la population.

Au sein de la Drass, la nécessité de la prise en compte des territoires s'est imposée en même temps que la prise de conscience des limites des politiques managées par l'État. Ainsi, la recherche de décloisonnement entre le sanitaire et le social dans le cadre de la mise en œuvre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins a conduit à formuler des projets à même de s'appuyer sur l'organisation territoriale des dispositifs sociaux (commissions locales d'insertion avec leurs programmes locaux d'insertion, etc.).

D'une façon plus générale, le besoin d'un ancrage territorial des programmes de santé s'est imposé depuis plusieurs années : il ne suffit pas d'élaborer des objectifs régionaux pour aboutir aux actions locales qui les concrétiseront. Le territoire apparaît comme le lieu de la concrétisation possible de politiques nationales ou régionales, croisées avec des préoccupations locales et surtout des volontés portées par des acteurs locaux.

Attention aux expérimentations « cache-misère »

À l'échelle d'une ville ou d'un canton, la juxtaposition de déclinaisons locales de politiques régionales n'est plus de mise. À chaque échelle de territoire correspond une pluralité d'acteurs avec leurs logiques. Leur articulation effective repose sur l'identification permanente de ces logiques ainsi que sur l'instauration de temps d'interpellation réciproque.

Comprendre ce qui anime les promoteurs d'un Pays, territoire de projet, nécessite une certaine vision du développement, première référence pour un projet territorial de santé. Cela a été le cas pour le Pays de Saverne Plaine et Plateau, où renforcer *l'attractivité* du territoire est apparu comme un impératif qui met l'offre de soins et l'accès à la santé au premier rang des préoccupations des élus. Les axes de réflexion prospective ainsi poursuivis sont donc au carrefour de politiques d'aménagement du territoire, de cohésion sociale et de santé.

Des actions transversales, définies ou validées sur la base de diagnostics menés conjointement par des acteurs complémentaires, ont beaucoup plus de chance de prendre leur essor. L'optimisation des convergences entre les projets d'action issus d'un diagnostic local et les priorités régionales soutenues par les institutions est une composante majeure dans la faisabilité de projets territoriaux de santé. Le territoire est un lieu possible d'intégration d'une politique thématique au sein d'une politique d'ensemble fondée sur d'autres logiques (attractivité du territoire, etc.).

C'est la volonté de croiser plusieurs politiques publiques qui conduit à identifier un territoire commun permettant un diagnostic partagé et l'élaboration de réponses conjointes. Cela peut conduire les services de l'État à expérimenter un nouveau positionnement de l'État, en vue de soutenir au mieux l'implication des acteurs locaux.

L'ensemble des avantages potentiels liés à la territorialisation de politiques publiques ne saurait faire oublier le risque inhérent à un tel choix : l'introduction d'inégalités nouvelles découlant des inégalités de ressources entre territoires. Lorsque des moyens humains supplémentaires ne peuvent être fournis, ce sont les territoires riches en acteurs motivés qui sont à même de conduire des politiques innovantes. L'expérimentation d'une politique au niveau d'un territoire, sans définition de durée, peut devenir le cache-misère des limites de l'action publique en substituant une action infradépartementale à une politique devant bénéficier à tous les habitants d'un département.

Le positionnement de la Drass tient à sa situation qui se trouve à l'interface des politiques nationale et locale, promoteur de politiques régionales transversales et catalyseur de l'articulation des projets locaux et régionaux.

Un premier rôle des Drass a trait à leur implication dans l'observation de la santé, et notamment dans la mise en évidence d'inégalités territoriales justifiant le renforcement local des politiques de santé. Les missions confiées à l'Observatoire régional de la santé à cet effet renforcent le rôle de la Drass en tant qu'interlocuteur, mandaté à la fois par la Datar et par le préfet de région, des Pays élaborant des projets territoriaux de santé¹, par l'apport d'informations utiles à la fois sur les besoins de santé de la population par canton



et sur les politiques publiques mobilisables pour les prendre en compte. L'administration de la santé a une connaissance des logiques institutionnelles, des dynamiques en cours pour ajuster ou élaborer des politiques qui sont d'un précieux soutien pour les acteurs locaux en phase d'élaboration de projets. Ses représentants auprès des Pays doivent dépasser les compétences techniques liées à leurs attributions thématiques (cancer, addictions, précarité, périnatalité, etc.) pour devenir des correspondants territoriaux à même de faciliter la convergence entre les projets locaux et les politiques régionales qui concernent un territoire.

Faciliter l'accès à la prévention et aux soins

Un deuxième rôle tient à la place tenue par les Drass dans l'élaboration du plan régional de santé publique (PRSP), dont la mise en œuvre passe par des projets territoriaux de santé, ainsi que dans la participation des médecins

inspecteurs de santé publique et des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale dans la rédaction du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), avec en perspective les projets médicaux de territoire. Ces agents des services déconcentrés de l'État sont à même de faciliter la prise en compte par l'administration des constats et propositions élaborés au niveau infra-départemental et de contribuer à leur prise en compte dans le PRSP et dans le Sros... Cette double approche de la proximité, tant pour la prévention que pour les soins, a conduit la Drass Alsace à réunir un groupe de travail en vue de préparer une meilleure organisation territoriale, incluant des modalités de coordination. Les préconisations qui en découlent ont été intégrées dans le projet de PRSP.

- Poser en préalable la nécessité d'une lisibilité des dispositifs, des répartitions des compétences de droit commun, des fonctions de chaque profession, de chaque association.

- Prendre acte de l'existence de multiples formes d'articulation ou de coordination, qu'elles fonctionnent ou qu'elles posent problème (des réseaux de santé aux projets territoriaux de santé, en passant par les coordinations intra-institutionnelles...).
- Recenser les multiples politiques de référence qui confèrent une légitimité à des modes d'articulation ou de coordination limités dans leurs champs.
- Prendre en compte la diversité des initiatives et de leurs origines, y compris à la demande des populations concernées et des acteurs de proximité.
- Élaborer des processus permettant de fonder la légitimité de coordinations interinstitutionnelles, géographiques et durables.

Quand le découpage territorial idéal n'existe pas, rejoindre un acteur essentiel sur ses modalités d'organisation peut s'avérer une stratégie incontournable en vue d'un partenariat effectif. Ainsi, lorsque les conditions s'y prêtent, la volonté forte d'une articulation opérationnelle entre la prévention et les soins peut conduire à retenir comme territoires de référence pour l'animation et la coordination locale des politiques les « zones de proximité » définies par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) dans le cadre du découpage de la région en territoires de santé en vue de la mise en œuvre du Sros III.

Dans la quête de la proximité des populations, en vue d'un service rendu de qualité, la territorialisation apparaît comme un questionnement permanent et comme un repère essentiel dans les organisations à concevoir et mettre en œuvre. Il est néanmoins essentiel de poursuivre en parallèle un questionnement sur la prise en compte de populations mal reflétées par une telle approche.

François-Paul Debionne,

Médecin inspecteur de santé publique,
direction des Affaires sanitaires et sociales
d'Alsace, Strasbourg.

1. *Expérimentation en Alsace d'un nouveau positionnement de l'État dans l'élaboration d'un projet territorial de santé. Communication au 2^e colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé. Québec. Octobre 2004. F.-P. Debionne, Émile Blessig, Céline Delaplace, Anne Laurent-Beq, Claude Filser, Françoise Schatzel.*

Territorialisation : s'en emparer plutôt que la subir !

Les cent vingt-huit comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé présents sur le territoire français constituent un réseau pertinent pour développer des actions de promotion de la santé à l'échelon des territoires. À condition que les objectifs soient clairement définis, que les moyens soient disponibles et qu'ils travaillent en collaboration avec d'autres réseaux existants et compétents au niveau territorial.

On dénombre sur le territoire français cent vingt-huit comités régionaux et départementaux d'éducation à la santé. Ils sont un des relais essentiels de l'éducation à la santé au niveau local. De quelle façon ces comités d'éducation pour la santé se positionnent-ils vis-à-vis du processus de territorialisation des politiques publiques ?

Les deux logiques de la territorialisation

Avant de répondre à cette question, il est important de souligner que ce processus peut s'analyser comme une recherche par les services de l'État d'un nouveau mode de régulation dans le traitement de la question sociale. La transformation des modalités de l'intervention publique par la focalisation sur le territoire, véritable « instrument providentiel », deviendrait garante d'une réussite de « l'État social », jusque-là tenu en échec (1).

Deux logiques sous-jacentes à la territorialisation peuvent être mises en avant (2). La première pose le principe de la « proximité » comme étant un gage d'efficacité, de performance et d'équité territoriale. Plus on serait proche des problèmes posés ou de la demande, plus la réponse proposée serait adaptée et rapide. La deuxième logique est celle favorisant la transversalité des actions. L'approche dite globale prend en compte l'ensemble des aspects de développement. Cela implique un décloisonnement des dispositifs mis en place à destination des populations. Et, par conséquent, l'abandon d'une logique d'intervention verticale et sectorialisée par champs de compétences au profit

d'un mode d'action plus « horizontal ». Celui-ci pose alors l'impératif d'un « travail ensemble » multipartenarial.

Au-delà des interrogations qu'ils suscitent, tant dans leurs fondements que dans leur réalisation effective (2), ces deux principes offrent une grille de compréhension au mouvement de territorialisation de la santé publique et plus spécifiquement de l'éducation pour la santé.

En effet, le mouvement amorcé dans la réorganisation des politiques publiques concerne au premier chef le réseau des comités, en lien étroit dans leurs marges d'action avec les services de l'État. Ainsi, la préoccupation territoriale a-t-elle déjà été mise en œuvre au travers des Schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps) et des différents plans départementaux par exemple. Et il y a fort à parier que les sollicitations faites aux réseaux d'éducation pour la santé à agir auprès des territoires vont se multiplier.

La territorialisation : la subir ou s'en emparer ?

La question pertinente à propos de la territorialisation semble alors être, pour reprendre les mots d'Omar Brixhi sur l'évaluation : « *La subir ou s'en emparer ?* » (3). Par contre-coup, la capacité des comités à être dans une posture dynamique doit être prise en compte.

S'en emparer consiste peut-être en premier lieu à prendre connaissance des travaux déjà existants. Travaillant de façon théorique et pratique depuis les années soixante-dix, le mouvement

du développement local est ici particulièrement éclairant. Celui-ci met en avant le territoire comme lieu de transformations sociales (4). Il s'appuie sur la globalité et la complexité des milieux de vie, sur le territoire comme espace vécu, et sur la participation des habitants⁷. Projet démocratique de changement, il a pour objectif l'appropriation par les habitants de leur devenir collectif, sous différentes perspectives, culturelle, économique, sanitaire, sociale, mobilisant une identité commune sur un même lieu (5). Ce projet semble avoir de forts échos avec celui de l'éducation pour la santé. L'injonction à suivre la réorganisation des services de l'État et les préoccupations des collectivités territoriales peut entrer en résonance avec les finalités portées par la charte des comités.

Par ailleurs, avec une perspective plus « méthodologique », dans leur volonté de diversifier leurs approches, le territoire apparaît comme une piste pertinente d'intervention pour les professionnels de l'éducation pour la santé.

Ainsi l'apport du développement local pourrait être double. D'autre part, il nous rappelle que l'approche par territoires doit être soutenue par des finalités démocratiques, au risque – si ce n'est pas le cas – de rester une simple solution technique et administrative. D'autre part, au travers de l'expérience pratique de ce réseau d'acteurs, tout comme dans la richesse des liens tissés entre la théorie et la pratique, les professionnels de terrain et les élus, ce mouvement semble en capacité d'éclairer notre démarche.

Au regard de ces éléments de compréhension, trois pistes de réflexion se dégagent dans l'approche que peuvent avoir les comités sur la question des territoires : la proximité, la transversalité et le projet démocratique.

Être proche : pour quelle utilité ?

La proximité signifie être au plus près géographiquement des besoins identifiés ou de la demande. Or, il convient d'interroger à la fois l'échelle pertinente d'action, de même que les axes sur lesquels il serait possible d'être « proche ». Au vu du foisonnement des territoires qui concernent l'éducation pour la santé – bassins de l'Éducation nationale, pays des mutuelles, pays de développement, pour n'en citer que quelques-uns parmi la multitude –, l'entrée la plus opérante semble être celle du territoire « dynamique » et motivé sur les questions de santé. Il ne s'agit donc pas de créer mais bien d'identifier dans l'existant le « champ des possibles ». De même, le souci de proximité, dans son objectif de rapprochement, est sans fin. On n'est jamais assez près du terrain. La bonne distance est par conséquent celle offerte par les opportunités des actions et des demandes.

Alors quelle utilité pour les comités de miser sur la proximité ? Concrètement, ces derniers sont en position pour délocaliser certains services tels que l'offre documentaire ou bien les conseils méthodologiques au montage de projet. Certains le font d'ores et déjà. Il s'agit là de proposer des dispositifs allant à la rencontre des demandes et des besoins identifiés auprès des professionnels. Mais il faut ici faire deux remarques : délocaliser des services implique un centre fort, avec les moyens d'être en capacité de coordonner l'ensemble des antennes mises en place. Et reste à savoir si les comités créent eux-mêmes leurs propres antennes « délocalisées » ou bien si l'on s'appuie une fois de plus sur ce qui fonctionne déjà, favorisant par là le transfert de compétences.

L'efficacité de la proximité semble être alors davantage dans la déclinaison de services.

Territorialiser ? Avec qui ? ...

La transversalité ou la rencontre avec d'autres dispositifs sectoriels conduit à interroger la place que les comités prennent au sein des territoires. S'agit-il de

surajouter aux mille-feuilles en place en créant des commissions santé ou prévention ou bien de se caler dans les dynamiques existantes, par exemple celles mises en place dans la dynamique des pays ? Et, puisqu'il s'agit de travailler avec d'autres professionnels, se pose la question de l'expertise proposée. Que peuvent apporter, sur les questions de santé, les comités aux divers acteurs du développement ? Par extension, comment se positionne l'éducation pour la santé, « accompagnante » ou « intervenante » de manière spécifique ?

Si la coopération avec le mouvement de développement déjà en place paraît pertinente, elle implique une clarification de la place des comités dans les compétences mises en œuvre tant dans le domaine de la santé que dans la méthodologie de projet.

... Et pour quelles finalités ?

Enfin, si la mise en avant du territoire émane des services de l'État dans une optique d'efficacité, le projet démocratique porté initialement par le développement local doit pouvoir rester pour les comités une ligne directrice. La mise au clair de nos intentions devient incontournable. Que proposent l'éducation pour la santé et les comités en termes de projet collectif ? Cette préoccupation implique de ne pas être dans un simple mouvement de délocalisation de services, ni dans une seule logique d'aménagement du territoire. De même, l'objectif ne peut être focalisé sur le taux de couverture des actions de prévention. En revanche, une des finalités pourrait être de faire vivre un territoire donné dans un objectif de réappropriation – par « les gens » professionnels et/ou usagers des questions de santé et de prévention – de la stratégie mise en œuvre.

Pour conclure...

L'impératif territorial émanant de la réorganisation des politiques publiques concerne au premier chef les comités d'éducation pour la santé. Il pose en cela des questions récurrentes au réseau, en termes de finalités du projet collectif porté – et non pas seulement individuel –, mais aussi sur l'expertise proposée tout comme dans la méthodologie utilisée.

De même, ce mouvement interroge la volonté des comités à coopérer avec les acteurs du développement, c'est-à-

dire à s'ouvrir à d'autres réseaux et à se glisser dans des dynamiques qui ne lui sont pas familières. Question de volonté, bien sûr... mais aussi de capacité, au gré de contraintes locales, à se saisir d'une opportunité pour ne pas la subir et à être un interlocuteur entendu des services de l'État et des décideurs.

La territorialisation de l'éducation pour la santé par le biais des comités gagnerait en pertinence à être négociée tant en termes de finalités que de moyens. De même qu'elle gagnera en temps tout comme en richesse à se faire dans la coopération avec les réseaux existants et compétents sur le développement territorial.

Patrick Berry

Chargé de mission au Credeps, Nantes.

1. Voir les publications de l'Union nationale des acteurs et des structures du développement local (Unadel).

► Références bibliographiques

- (1) Germain A., Estèbe P. *Le Territoire, instrument providentiel de l'État social*. Lien social et Politiques 2004 ; n° 52 : 177 p.
- (2) Béhar D. Les fausses évidences de l'impératif territorial. In : *Cerisy. Les métiers de la ville*. La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube, 1999 : 400 p.
- (3) Brixi O. L'évaluation : la subir ou s'en emparer ? In : *L'éducation pour la santé en médecine générale*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : p. 67.
- (4) Vautrin G. Développement local et transaction sociale. In : Blanc M. *Pour une sociologie de la transaction sociale*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1992 : 260-70.
- (5) Teisserenc P. *Les politiques de développement local. Approches sociologiques*. CNFPT-Economica, coll. Collectivités territoriales, 1994 : 229 p.
- (6) Référence faite ici à l'article rédigé par Carine Mutatayi sur « les repères pratiques pour l'évaluation » dans le *Guide d'intervention en milieu scolaire* publié par la Mildt en

La ville d'Évreux expérimente la santé publique de proximité

À Évreux, professionnels, intervenants en santé et élus se sont réunis dans un réseau pour améliorer la prise en charge sanitaire de la population et développer des actions au plus près des besoins des habitants. Fer de lance de ce projet, la « Maison de la santé » d'Évreux ouvrira au public courant 2006. Le projet progresse grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux et à la rigueur de la méthode employée avec l'appui de l'École nationale de la santé publique.

Fin 2002, les élus de la ville d'Évreux ont souhaité mener une démarche innovante de santé publique, bien que ce ne soit pas une compétence directe des villes. Parallèlement à son implication dans les établissements gériatriques et aux actions déjà menées, la Ville a souhaité constituer un projet plus global et cohérent de santé publique et de proximité.

Il s'agit de faciliter la connaissance et la mise en relation de différentes personnes et institutions qui œuvrent dans le même sens, et de partager les compétences par une mise en réseau. La Ville peut aussi avoir un rôle dans la diffusion d'informations et peut initier ou impulser d'autres modes de travail. Ce projet avait pour objectif de décliner sur le plan local des actions santé prenant en compte les besoins spécifiques des habitants de la ville d'Évreux, en harmonie avec les objectifs nationaux et régionaux de santé publique.

Dans la perspective de garantir la qualité méthodologique, la Ville a demandé à l'École nationale de la santé publique de l'accompagner dans la mise en place de cette démarche. Cet appui a permis d'intégrer à la démarche de projet en santé publique une dimension participative, de coordination et de concertation. Il a permis de se donner un lieu et un temps pour reconnaître les dynamiques déjà existantes, tout en favorisant le développement de compétences des acteurs. Ce soutien a été complété par une formation en santé publique de la chargée du projet santé.



Partir des besoins de la population

La première étape de la démarche a été une consultation élargie des acteurs locaux professionnels de santé, institutionnels, médico-sociaux, associatifs et élus, afin d'identifier dans un premier temps les attentes et les préoccupations des différents acteurs par rapport à la santé.

Le projet santé s'est ensuite structuré, toujours dans un objectif de multipartenariat local. Un comité de pilotage, organe décisionnel, chargé notamment de valider toute proposition formulée par les groupes de travail constitués après analyse de l'existant, des attentes

et des problèmes, a été mis en place. Les réunions de travail ont permis à des acteurs intervenant sur un même territoire, mais dans des contextes professionnels très différents, d'échanger, de se connaître et de se positionner sur un projet commun.

Cette synergie a retenu l'attention de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, qui a souhaité apporter son soutien financier et contribuer ainsi à favoriser le développement d'un projet territorial innovant de santé publique. Le comité régional d'éducation pour la santé a aussi rapidement rejoint cette démarche collective, notamment dans le cadre de la mise en

place du Schéma régional d'éducation pour la santé. Ces soutiens politiques et méthodologiques ont permis au projet de se structurer dans une perspective de pérennité.

Faciliter l'accès des usagers aux structures de santé

Les différentes actions retenues autour de la santé des jeunes, de l'accès au soin des personnes en situation de précarité, de l'intégration des personnes handicapées, s'intègrent dans les priorités nationales et régionales. Il ressortait de cette approche thématique des besoins communs sur l'accès aux soins. De là a été proposée la création d'une Maison de la santé pour fin 2006. L'idée de créer cette Maison est née de la volonté de plusieurs groupes de travail qui souhaitaient faciliter les démarches d'accès à la santé des usagers et des professionnels dans le domaine médico-social. Elle proposera en un même lieu des informations liées à plusieurs thèmes (précarité, handicap) et permettra un meilleur accès aux services existants (soins, prévention, éducation pour la santé, etc.). Elle aura pour enjeu de faire vivre le réseau existant de professionnels tout en œuvrant à développer des actions au plus près des besoins de la population. Cette Maison de la santé incarne le travail de réseau qui s'est construit, petit à petit, depuis le lancement du projet, en 2002.

Dès la mise en œuvre du projet santé, l'ensemble des partenaires socio-sanitaires locaux ont manifesté leur volonté d'y être associés. Ce dynamisme continue de se vérifier encore aujourd'hui par une participation massive aux réunions de travail. Au cours de ces trois années, des visions professionnelles se sont parfois opposées, mais toujours dans un souci d'améliorer la prise en charge sanitaire de la population. Les participants, par des échanges souvent très denses, ont exprimé le besoin de communiquer sur leur vécu professionnel et sur leurs attentes et leurs difficultés. C'est ainsi que l'objectif d'amélioration de la communication et d'une meilleure connaissance entre les acteurs de la Ville a été atteint. En revanche, la phase de développement des actions s'est avérée plus difficile à mettre en œuvre, en raison du manque de données locales, de la difficulté à faire des choix qui puissent intégrer et témoigner de l'investisse-

ment des groupes de travail, de leur souhait de s'impliquer dans des actions, tout en tenant compte de leurs charges professionnelles et de la faisabilité locale.

Globalement, le plan santé-ville d'Évreux, né à l'initiative d'une municipalité, est le fruit d'une collaboration multipartenariale de plusieurs années entre professionnels et associations du sanitaire et du social. La rencontre entre ces horizons très différents a permis de mettre en œuvre une approche globale des besoins de la population et de tenir compte de l'ensemble des facteurs qui peuvent représenter un frein dans l'accès aux soins. La Ville d'Évreux se positionne ainsi comme un partenaire dans le maintien de l'équilibre de nombreux facteurs dont dépend la santé car la Ville détient une place privilégiée dans la connaissance des problèmes de santé de ses habitants dans la proximité. Elle est à la fois un lieu physique, politique, économique et social. Néanmoins, malgré les atouts que peut avoir la ville pour s'investir dans ce domaine, elle est confrontée au défi de l'intersectorialité où les logiques et les intérêts sont par-

fois divergents, au défi de ne pas superposer de nouvelles structures à ce qui existe déjà et aux dangers de l'institutionnalisation. Le défi du temps n'est pas moindre car il s'agit de maintenir l'équilibre entre l'obtention de résultats rapides afin de ne pas décourager les partenaires et à la fois de se donner du temps pour permettre aux actions de se construire en permettant aux acteurs de surmonter les hésitations politiques, les traditions bureaucratiques, le scepticisme, la pénurie de ressources.

Les acteurs de santé qui ont manifesté leur volonté de s'inscrire dans la réalisation de ce plan ont pu engager un dialogue avec d'autres professionnels et travailler à une construction commune. La Maison de la santé aura un rôle déterminant à jouer pour la pérennisation de cette dynamique.

Guy Lefrand

Adjoint à la santé,

Christine Lefebvre

Chargée du projet santé, mairie d'Évreux.

Jeanine Pommier

Enseignant-chercheur,

École nationale de la santé publique, Rennes.

Le pays de Saverne développe son projet territorial de santé

Le Pays de Saverne Plaine et Plateau, situé dans le Bas-Rhin, a initié une démarche territoriale de santé depuis plusieurs années. Mise en œuvre dans un contexte de crise sanitaire, cette démarche a rassemblé cent soixante-seize personnes dans une phase diagnostic puis a débouché sur des projets concrets à l'échelle du territoire. Une articulation a sans cesse été recherchée avec les institutions, de manière à articuler les besoins spécifiques d'un territoire et les politiques publiques du département et de la Région.

Le projet territorial de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau a été mis en place à l'initiative des élus, dans un contexte de crise sanitaire. Au moment de l'émergence des projets territoriaux de santé, le Pays de Saverne Plaine et Plateau entrait dans un contexte de situation de crise avec un établissement hospitalier de proximité situé au cœur d'une zone rurale, à distance de services d'urgence labellisés, et risquant à court terme de voir disparaître sa maternité et son service de chirurgie.

De plus, plusieurs indicateurs sont venus confirmer l'importance de la réflexion : le vieillissement de la population (22,4 % de plus de 60 ans en 1999), la baisse annoncée de la démographie des professions de santé (les besoins seront de vingt-six médecins généralistes en 2010) et le contexte d'évolution sociologique des professionnels de santé.

L'enjeu principal qui a conduit le territoire à s'engager dans l'élaboration d'un projet territorial de santé concerne l'attractivité du territoire. Sous l'impulsion du président du Pays, M. Émile Blessig, député du Bas-Rhin, les présidents des communautés de communes ont pris conscience de l'enjeu d'attractivité et de développement que constitue l'offre de soins, et, donc, de l'intérêt de s'organiser territorialement, dans une vision à long terme, pour proposer une offre cohérente et adaptée aux besoins des habitants du Pays.

En effet, un territoire sans services de santé est un territoire sans avenir : comment maintenir sa population si elle ne

peut pas se soigner et, *a fortiori*, comment l'attirer ?

Il s'agissait également de s'inscrire dans une démarche prospective en analysant et en anticipant les besoins de santé de la population pour y adapter l'offre.

Rencontre avec les objectifs de l'État de territorialiser les politiques de santé

Cette préoccupation des élus a rencontré un contexte favorable au niveau national, régional et départemental. En effet, l'approche territoriale constitue au même moment un axe des politiques publiques à plusieurs niveaux.

En 2002, une évaluation du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) en Alsace a permis d'objectiver des difficultés d'implantation d'actions et de projets au niveau local. En réaction à ces difficultés, l'élaboration du Praps 2003-2006 a retenu comme priorités des préoccupations communes à l'ensemble des institutions, pouvant être intégrées dans plusieurs politiques publiques, utilisables à un niveau local comme au niveau départemental et surtout assez mobilisatrices pour être vecteurs de partenariat.

La mise en œuvre de ce programme est conçue comme devant avant tout s'appuyer sur des dynamiques territoriales existant entre l'État et les collectivités locales telles que les programmes locaux d'insertion (RMI) et les contrats d'agglomération (politique de la Ville), ou encore l'élaboration des chartes de

développement au sein des Pays (aménagement du territoire).

Pour préparer ces implantations, la Drass a mobilisé l'Observatoire régional de la santé, en lui demandant de valoriser des données locales sur les besoins de santé et les inégalités territoriales et sociales.

De plus, le comité régional des politiques de santé, rassemblant les collectivités territoriales aux côtés des représentants de l'État et de l'Assurance Maladie, a validé l'approche territoriale retenue par le Schéma régional d'éducation pour la santé et pour chacun des programmes régionaux de santé, notamment le Praps. Peu après, la circulaire Datar-ministère de la Santé du 16 avril 2003 est venue donner une légitimité supplémentaire à notre démarche. Les Drass ont reçu mandat d'accompagner les Pays dans l'élaboration de projets territoriaux de santé (PTS).

À ce titre, le Pays a bénéficié de l'aide technique du référent Drass pour le Pays, médecin inspecteur de santé publique, qui l'a accompagné dans l'élaboration du projet et l'accompagne toujours dans sa stratégie, notamment dans la négociation avec les institutions. Membre du comité de pilotage, le correspondant État a facilité l'identification d'une conseillère en méthodologie, animatrice expérimentée, pour garantir la participation de profanes (élus et habitants) aux côtés des professionnels.

Enfin, le conseil général du Bas-Rhin est également dans une logique de

décentralisation de ses services à travers notamment la mise en place des maisons du département à l'échelle des Pays et cela, dans une logique de projet de territoire.

Une mobilisation locale forte dans un contexte de crise sanitaire

En raison de la crise sanitaire que connaissait le territoire, la population s'est facilement mobilisée lors de la première réunion publique de lancement du projet.

Les conseillers municipaux du territoire, l'ensemble des professionnels de santé libéraux, les structures hospitalières, les collectivités supérieures, les institutions du secteur social et médico-social, les institutions de santé (ARH, Urcam, Cram, Drass, Ddass, etc.) ont été invités ; la population l'a été par voie de presse.

Lors de cette réunion, les participants ont été invités à s'inscrire dans quatre groupes de travail : « développement de la prévention », « articulation santé et insertion », « prise en charge de proximité des personnes âgées » et « hôpital et accès aux soins ». Ces thématiques avaient été définies lors de réunions préalables entre les élus, les structures hospitalières et le référent Drass. Les données épidémiologiques de l'Observatoire régional pour la santé sont venues confirmer ces choix stratégiques.

Les groupes de travail étaient composés majoritairement de professionnels intervenant sur le territoire : professionnels de santé, travailleurs sociaux, directeurs de structure, animateurs socio-culturels, intervenants de l'aide à domicile auprès des personnes âgées, responsables associatifs, formateurs, etc. D'autres participants, élus, représentants d'usagers, se sont associés à la démarche. En parallèle trois focus groupes ont été organisés avec les habitants : des personnes en situation d'insertion, des parents d'élèves, et un club de personnes âgées. Sur l'ensemble de la démarche, cent-soixante seize personnes, professionnels ou habitants du territoire, ont été associées à la réflexion.

Il est parfois difficile de passer du diagnostic à l'action

Malgré la forte mobilisation, un certain nombre de freins ont été rencon-



trés dans cette démarche participative :

- La difficulté d'identifier des acteurs associatifs et non-professionnels.
- La difficulté des membres des groupes de travail de passer du diagnostic à l'élaboration de projets.
- La remise en cause par les participants, et même par les élus, de l'intérêt d'une démarche locale face aux « décisions unilatérales » des institutions de santé, notamment dans une situation de crise.
- La résistance des praticiens libéraux au travail en commun et la difficulté à les mobiliser.
- L'absence de culture commune et de définitions communes. Ex. : réseaux de santé, prévention, promotion de la santé... qui rend parfois le dialogue difficile.

La sollicitation des institutions pour valider les pistes de projets

La méthodologie prévoyait que les institutions seraient invitées dans un second temps lors de l'étude de faisabilité des projets afin de ne pas influencer sur l'analyse des besoins et la réflexion des groupes et de ne pas courir le risque de parasiter la réflexion sur le projet territorial par une interpellation des institutions sur la situation spécifique de l'hôpital de proximité en réduisant le projet à ce seul point.

Les institutions ont été rencontrées de façon directe par les personnes chargées de la coordination du projet : conseil général, Drass, Ddass, responsables des groupes de travail du Sros, du Sreps ont été sollicités afin de définir dans quelles mesures les priorités du territoire rencontraient les priorités départementales, régionales ou nationales.

Puis elles ont été invitées avec d'autres (Cram, Urcam, Orsal, Éducation nationale) à une journée de travail portant sur six ateliers et rassemblant les participants aux différents groupes de travail. Elles ont ainsi pu apporter des réponses en direct sur la faisabilité des projets, notamment quant à leurs articulations opérationnelles avec les politiques ou programmes. Ce moment d'échange a constitué un élément facilitateur pour la suite de la démarche. Il lui a donné une légitimité et a permis d'éviter de construire des projets incohérents avec les politiques publiques en même temps qu'il a engendré une meilleure recevabilité des projets soumis. Au terme de cette étape, le projet a pris corps autour de thèmes nouveaux. Certains d'entre eux étaient communs à plusieurs groupes de travail.

L'environnement, déterminant

Les besoins de santé des habitants du territoire mis en évidence lors de la première phase dépassent le champ sanitaire pour investir les domaines du logement, de l'urbanisme, de l'alimentation, de la parentalité, de l'accès à l'information, de la mobilité, des échanges d'expérience entre les professionnels, de la présence des services publics et privés sur le territoire.

La question de l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé tient également compte d'éléments transversaux. En effet, les facteurs d'incitation à l'implantation des médecins généralistes sur un territoire ne sont pas seulement liés à des avantages financiers, sous forme d'aide ou d'exonération des charges sociales. La qualité de vie et de travail sur le territoire est une

condition *sine qua non* à l'arrivée de nouveaux praticiens notamment par l'organisation des transports, l'accès au haut débit...

À ce titre, les orientations stratégiques et priorités du PTS ont été intégrées dans la charte de Pays : la première orientation stratégique de la charte s'intitule « Pour un aménagement sanitaire du territoire à travers un accès aux soins équitables et une couverture des besoins sanitaires du territoire ». Elle s'inscrit dans le premier axe stratégique qui poursuit l'objectif de renforcer « l'attractivité démographique du territoire ».

Un programme d'actions à multiples facettes...

Le programme d'actions du PTS comprend plusieurs axes : le partage d'information entre les professionnels, la centralisation de l'information pour les habitants, la formation des acteurs afin de constituer une culture commune sur le territoire, permettant ainsi de développer des actions collectives en promotion de la santé. Un axe est plus spécifiquement consacré à l'offre de soins avec l'organisation de réseaux de soins sur le territoire (pédiatrie, urgences, gérontologie).

...dont la création d'une culture commune en promotion de la santé

Une formation-action des acteurs en promotion de la santé a été organisée. L'objectif : constituer un maillage territorial d'acteurs de la prévention et mettre en place une politique concertée de prévention sur le Pays. Cette action a regroupé différents secteurs d'activité (Éducation nationale, socioculturel, établissements spécialisés, éducateurs, associations, élus, etc.) sur ce même territoire.

La formation s'est déroulée sur cinq jours avec une partie théorique sur la définition de la promotion de la santé et une autre partie sur la méthodologie de projet. Le thème de la nutrition, apparu comme une priorité dans le diagnostic au vu des données épidémiologiques et des conclusions des groupes de travail a été retenu comme fil rouge de la formation. Au terme des cinq jours, l'ensemble des participants a construit un projet spécifique « nutrition ».

Nutrition : un projet territorial

Le projet territorial nutrition qui a été élaboré se compose d'actions de prévention mises en œuvre par les structures participantes sur les années 2006 et 2007. Elles vont se décliner selon la typologie suivante :

- actions d'information du grand public ;
- amélioration de l'offre alimentaire notamment dans les cantines scolaires ;
- création d'outils pédagogiques : jeux, théâtre forum... ;
- formation des professionnels ;
- développement de l'activité sportive.

Ces actions de prévention s'adressent à différents publics : grand public, jeunes solarisés, petite enfance, jeunes non scolarisés en insertion - personnes en situation de précarité, personnes handicapées.

Le Pays coordonne ces quatorze promoteurs d'actions participant à la formation en assurant la cohérence grâce notamment, à des outils de communication communs :

1. des affiches mises à disposition des promoteurs et permettant d'annoncer les différentes actions et manifestations ;
2. des pictogrammes permettant de repérer les différentes catégories d'aliments et utilisés comme signalétique dans toutes les actions et lieux d'action : cantines scolaires, centres de loisirs, marché, commerçants, etc. ; la réalisation de ces pictogrammes sera faite en collaboration avec les élèves des établissements scolaires impliqués. Les professeurs d'arts plastiques seront sollicités. Un graphiste assurera la production finale ;
3. une sensibilisation des commerçants pour améliorer l'offre ;
4. l'accès à un accompagnement méthodologique pour la mise en œuvre des actions ;
5. des intervenants « externes » identifiés pour l'ensemble des actions.

Ce projet a fait l'objet d'une demande de financement dans le cadre de l'appel à projet commun Drass-Urcam-Mutualité française, au titre du Programme régional Nutrition Santé. Le rectorat d'Alsace, qui souhaite généraliser une expérimentation menée en 2005, accompagnera les collèges et lycées engagés dans le projet du Pays de Saverne Plaine et Plateau.

Toujours dans le cadre de la prévention, un groupe de travail sur le soutien à la parentalité s'est créé : il rassemble les services de protection maternelle et infantile (PMI) du conseil général, les responsables des maisons de l'enfance, halte-garderie, relais assistante maternelle, les animateurs socioculturels, et sont également associés les membres du Conseil de développement du Pays. L'objectif de ce groupe de travail est tout d'abord de permettre aux différents intervenants de se connaître, de partager leurs expériences mais également d'animer, par un soutien technique et méthodologique, la mise en réseau des acteurs et la mutualisation de leurs compétences.

Une autre partie porte plus spécifiquement sur l'élaboration d'un projet de coordination gérontologique de proximité au niveau des intercommunalités qui doit venir compléter les structures de coordination du conseil général. Cette coordination est assurée par un intervenant qui a une connaissance précise de la situation de la personne âgée à domicile afin d'anticiper sa perte d'autonomie et de préparer l'entrée à l'hôpital et surtout la sortie. Il est le pivot entre les différents professionnels, l'hôpital et les familles.

De plus, un travail portant sur la définition d'une stratégie d'accueil des professionnels de santé à partir d'un sous-ensemble territorial du Pays (l'Alsace Bossue), le plus en difficulté en la matière, est également en cours.

Les autres thèmes, tels que le logement et le transport, sont traités dans le cadre d'études spécifiques.

À ce stade, la difficulté est de confier la réalisation des projets à des maîtres d'ouvrage identifiés et volontaires. Mais ce type de projet a d'ores et déjà permis la rencontre entre les différentes logiques institutionnelles et territoriales. Des partenariats sont nés à divers niveaux et des actions concrètes ont vu le jour, signe du début d'une collaboration entre des acteurs jusque-là éloignés du champ de la promotion de la santé.

Céline Delaplace

Chargée de mission du Pays de Saverne Plaine et Plateau.

Les Vosges : vers des territoires en santé

Ils sont les chevilles ouvrières des projets territoriaux de santé : les « référents » favorisent l'implantation, l'organisation et le développement de l'éducation et de la promotion de la santé dans les quatre pays vosgiens. Ils mettent en œuvre cette démarche en lien avec les institutions compétentes, les élus des territoires et les professionnels concernés. Interview de Delphine Gillet, référente territoriale de santé, Pays de l'ouest vosgien, et de Grazia Mangin, directrice du Codes, qui expliquent l'intérêt de cette coordination et les difficultés de mise en œuvre.

La Santé de l'homme : Comment est née la démarche de projet territorial de santé dans les Vosges ?

La dynamique est engagée depuis 2003 par la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) des Vosges en appui avec le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes 88) : elle vise à inscrire l'éducation et la promotion de la santé dans la démarche d'aménagement du territoire portée par les Pays. Cette démarche participe à l'élaboration de programmes territoriaux de santé 2005-2008.

Les acteurs locaux étaient impliqués depuis plusieurs années dans des groupes de travail, dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS) dépendances et prévention du suicide. Ils étaient en quête de légitimité et de reconnaissance de leur travail. Le besoin mis en évidence est donc d'implanter une organisation construite et légitimée comme relais de la politique de santé publique afin de mieux coordonner les projets et les actions à l'échelle locale et de fédérer des énergies nouvelles. La Ddass a proposé cette démarche officialisée et validée avec les présidents de Pays en novembre 2003. Un comité de pilotage départemental a été constitué avec une dimension plus politique que le comité technique départemental, qui assure la mise en œuvre.

Ce dispositif territorialisé d'éducation et de promotion de la santé concerne différentes institutions et acteurs : acteurs de terrain et habitants ; instan-

ces politiques et techniques des Pays (conseils de développement, syndicats mixtes, chargés de mission des Pays) ; services déconcentrés de la santé (Drass, Ddass) ; conseil régional de Lorraine.

S.H. : Comment le dispositif s'est-il organisé ?

Dans le département des Vosges, nous avons un avantage : les contours du département correspondent à quatre Pays, à l'exception de quelques communes non adhérentes. Le Pays est un espace pertinent de réflexion et d'élaboration de projets communs de développement durable. Le périmètre d'un Pays en fait un territoire de proximité cohérent et légitime pour fédérer tous les acteurs autour d'une véritable construction de projets.

Le dispositif s'appuie aussi sur des référents territoriaux de santé responsables de la coordination au sein de chaque Pays. Le terme de référent a fait l'objet d'un débat. Il n'est pas neutre et a été préféré à celui d'animateur territorial. En effet, notre mission n'est pas d'intervenir directement en animation dans les actions. Il s'agit bien d'impulser une dynamique, d'assurer une coordination territoriale. La définition des missions de ces « référents » n'a pas été chose facile. Il a fallu choisir entre plusieurs options et statuts. Trois des quatre référents sont salariés par les syndicats mixtes des communes. Le quatrième est mis à disposition d'un pays par le Codes des Vosges. Cela traduit le réel engagement des territoires dans la démarche.

S.H. : Concrètement, quels sont les objectifs et les réalisations de cette démarche au sein des Pays ?

Il s'agit bien d'intégrer la dimension santé dans les chartes de développement mais en ne limitant pas la santé à l'accès aux soins. Notre objectif est bien de développer une politique de promotion et d'éducation pour la santé au sein des Pays. Cela peut constituer une difficulté dans la mesure où la santé se résume souvent pour les élus à l'accès aux soins. Chaque Pays a engagé une action de diagnostic partagé autour de la santé et du bien-être. Des actions de communication sous forme de forum santé ont permis de présenter les premiers résultats des diagnostics et d'engager des groupes de travail en fonction de thématiques prioritaires validées lors de ces forums.

Aussi, dans la mesure où les programmes territoriaux de santé ne sont pas encore définis, des actions concrètes ont pu être mises en place avec l'appui du Codes 88 correspondant à la déclinaison de programmes régionaux ou départementaux de santé sur l'un ou l'autre des Pays. Une soirée autour des dépendances à destination des élus du Pays des Vosges centrales a été organisée. La prévention, le soin et la répression ont été abordés. Deux autres actions sont en cours d'élaboration sur la santé mentale et le dépistage organisé du cancer du sein

S.H. : Quelles sont les attentes des élus ?

D'abord de rendre un meilleur service à la population et parfois, aussi, des

actions visibles et médiatiques, comme les forums santé. En promotion de la santé, nous ne travaillons pas forcément comme cela et le travail d'accompagnement prend alors tout son sens. Ce type de démarche permet de créer des liens entre des domaines différents des politiques publiques, la culture, l'emploi, etc. Une véritable évolution est à l'œuvre dans les différents Pays. Cette démarche joue vraiment un rôle fédérateur.

Nous n'avions pas forcément l'habitude de travailler avec les élus, cela fait appel à des compétences nouvelles pour communiquer, comprendre les enjeux... Et en même temps cette nouvelle stratégie a un avantage, elle nous permet d'aller à la rencontre des habitants par le biais des consultations collectives réalisées dans le cadre des diagnostics.

S.H. : Comment se fait l'articulation avec les politiques publiques et les institutions, notamment les Drass et les Ddass ?

Là, rien n'est acquis. La démarche territoriale s'intègre bien dans les objectifs du Schéma régional d'éducation pour la santé (Sreps) de développer des actions de manière équitable sur les territoires. Les institutions ont toujours suivi la démarche. Mais l'intégration dans le cadre des groupements régionaux de santé (GRSP) sera sans doute plus difficile. Les choses sont plus cadrées. Il nous faudra notamment diversifier les sources de financement, ce que les Pays font déjà. Il est souhaitable que la mise en œuvre de ces politiques ne soit pas entièrement soumise aux politiques de l'État.

S.H. : Comment rendre cohérente l'approche territoriale et les politiques régionales et départementales de santé publique ?

On voit bien sur le terrain que les constats faits à l'échelle des pays rejoignent les priorités de santé régionales et départementales. On ne réinvente pas la réalité. Mais, l'avantage, c'est que ces priorités deviennent concrètes. Elles sont illustrées par des exemples, des expériences locales qui viennent les légitimer. Et cela débouche beaucoup plus facilement sur des projets qui ont

du sens. Par ricochet, la politique de santé, elle aussi, devient concrète. Elle s'appuie sur des faits et des besoins identifiés à la même échelle. En cela la phase de diagnostic territorial est très importante.

S.H. : Quels enseignements tirez-vous de cette démarche ?

C'est une démarche expérimentale qui engendre un certain nombre de difficultés. Nous avançons au fur et à mesure des étapes avec les élus et il est parfois nécessaire de bien recadrer sur la promotion de la santé. Dans certains cas, les choses bougent, ailleurs il est

plus difficile de sortir d'une logique d'accès aux soins. Peut-être manque-t-il une dimension de formation des élus à la promotion de la santé. Un des objectifs du diagnostic, par exemple, est d'aboutir à une définition commune de la santé pour travailler.

Il faut aussi tenir compte des enjeux politiques et personnels. Nous ne sommes pas toujours formés à cela, et la collaboration avec les chargés de développement est très précieuse dans ce domaine. Et c'est aussi une démarche à laquelle il faut laisser du temps.

Propos recueillis par **Anne Laurent-Beq**

Le projet éducatif territorial : un outil dans le champ de l'enfance et de la jeunesse

Si la territorialisation des politiques de santé reste relativement récente, le champ éducatif – avec les établissements scolaires, les associations, les collectivités territoriales – a mis en place de nombreux dispositifs permettant de répondre aux besoins des publics. L'intérêt des démarches entreprises par la Ligue de l'enseignement est de montrer que différents moyens peuvent être utilisés pour aborder les questions de santé : formation des délégués-élèves, conseil municipal de jeunes...

Les questions de santé et de prévention sont une des préoccupations majeures de notre société. Elles émergent ainsi fréquemment par le biais des diagnostics que nous réalisons auprès des acteurs, des habitants, des jeunes, dans le cadre de projets éducatifs territoriaux qui sont le cadre d'organisation d'une mission éducative partagée entre l'État, les personnels de l'Éducation nationale, les collectivités territoriales, les associations et les familles (1). Ils concernent des temps et des espaces différents, qu'il est nécessaire d'articuler dans un souci de complémentarité, d'interaction et de continuité éducatives. Ils conduisent les différentes catégories professionnelles impliquées et les différents décideurs, les bénévoles, à croiser leur regard, œuvrer conjointement autour d'un diagnostic et d'objectifs communs, favorisés par des temps de réflexion et de formation également communs. Les démarches et activités mises en œuvre reposent sur la place donnée à la parole et à l'acte des enfants et des adolescents.

Les projets éducatifs territoriaux et l'éducation à la santé

L'actualité se nourrit d'interpellations et d'interrogations sur des thèmes comme alimentation et santé, prévention des toxicomanies ou maladies sexuellement transmissibles, etc. À titre d'exemple, lors de formations de délégués-élèves des collèges et lycées que nous développons, la suppression des distributeurs de friandises dans les éta-

blissements scolaires est souvent présentée comme un fait marquant par les élèves. Les débats, souvent passionnés, qui ont accompagné cette mesure, sont significatifs d'une société traversée de contradictions au niveau de ses affirmations comme au niveau de ce qu'elle cherche à mettre en œuvre.

Par ailleurs, malgré des aléas, le système éducatif garde la confiance des enfants, des adolescents et de leurs familles. En ce sens, il se confirme qu'il a un rôle essentiel à jouer dans le domaine de la santé. Aujourd'hui, prenant parfois appui sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, des projets de prévention mobilisent à la fois les jeunes eux-mêmes, les infirmières, les médecins scolaires, les assistants de service social, les éducateurs, les enseignants, ainsi que les parents d'élèves. C'est en effet une des responsabilités de l'École de développer ses actions en favorisant le plus possible la parole et la participation des enfants et des jeunes eux-mêmes. Mais un centre social, une association de quartier, un centre municipal de santé ou encore les services du conseil général poursuivent les mêmes objectifs et utilisent souvent les mêmes modalités d'action. Il paraît donc comme une évidence que ces initiatives et ces compétences doivent converger, que les acteurs doivent se concerter et s'associer pour être plus efficaces.

Par exemple, le service de santé scolaire de la Ville de Lyon a développé une action d'éducation à la vie sexuelle et

affective à destination des enfants des cycles 2 et 3 des écoles primaires¹, sous forme d'interventions sur le temps scolaire. À chaque séance sont ainsi présents deux intervenants (parmi les assistantes sociales, infirmières, médecins ou encore éducateurs pour la santé) : tandis que l'un anime, l'autre est attentif aux réactions des enfants. L'action est menée à la demande des enseignants et implique les familles. En rassemblant l'ensemble de ces acteurs, ce sont deux mille élèves, en 2005, qui ont été concernés par ce projet. « *Contrairement à ce que beaucoup pensent, la sexualité n'est pas quelque chose d'inné, elle se construit. L'école a un rôle à jouer, au niveau social, public. L'intime n'est pas de la responsabilité de l'école, nous proposons un complément à l'éducation familiale* », explique Marie-Françoise Sommer-Peytavin, responsable du service d'éducation pour la santé de la ville de Lyon.

L'outil de cette cohérence est, à nos yeux, le projet éducatif de territoire, pour lequel est associé, dès son élaboration, l'ensemble des acteurs, habitants et partenaires.

Acteurs de leur prévention

Ainsi, la fédération départementale de la Ligue de l'enseignement du Cher s'est investie depuis quatre ans dans la réalisation d'un DVD sur les problèmes de toxicomanie. Coordinné par la direction départementale de la Jeunesse et des Sports, ce projet a réuni plusieurs partenaires parmi lesquels, pour le volet prévention, le comité d'éducation pour

la santé, le Centre d'aide et d'écoute des toxicomanes et, pour le volet artistique, l'Anpaa 18², Bandits-mages et Emmetrop.

L'approche retenue pour ce DVD est de présenter des témoignages de jeunes adultes sur des problèmes de dépendances, à partir de scénarios imaginés et tournés dans le département du Cher avec l'aide de sept réalisateurs. Aujourd'hui finalisé, ce DVD comporte sept courts-métrages qui développent des thèmes comme les substances à bas prix, la consommation en groupe, la loi, la consommation et la contestation sociale ou encore les conduites à risques.

À Vierzon, une réalisatrice a travaillé avec une équipe du centre municipal d'animation jeunesse. Trois jours de tournage ont eu lieu dans un lycée, dans un café, puis à l'École nationale supérieure d'arts de Bourges. « *Le personnage principal revoit quelques minutes de sa vie et il s'aperçoit qu'il tourne toujours sur lui-même, qu'il soit avec ses amis, au travail ou avec sa copine. À cause de la drogue, il est déconnecté de la réalité* », explique la réalisatrice. Sept mille exemplaires du DVD sont en cours de diffusion³.

...Les plus jeunes aussi

Dans le département de Haute-Loire, le service culturel de la Fédération de la Ligue de l'enseignement pilote une action en matière d'éducation à la sexualité sous l'angle d'apports d'infor-

mations claires et précises sur les comportements de prévention adaptés. Il s'agit, en effet, de susciter une première réflexion sur la gestion des risques et les comportements de santé. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de partenariats territoriaux entre le secteur associatif et les écoles. Les enfants concernés sont ceux du cycle 3. Les parents y sont associés. Ce travail se fait également en relation avec l'Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM).

Les supports utilisés sont des jeux de carte, des exposés, des productions d'écrits, des questions posées par les enfants. « *Souvent, nous ne nous servons que d'éléments catalyseurs et un dialogue s'instaure après plus librement... Par contre, dans la démarche, il nous paraît fondamental que les maîtres s'abstiennent d'assister à la partie où sont travaillées les réponses aux questions... En effet, les enfants ont plus de difficultés à aborder ou à s'exprimer sur des choses et des pensées intimes lorsque les enseignants de la classe sont présents. C'est d'autant plus vrai dans les zones les plus populaires. De la même façon, séparer les garçons et les filles favorise également la prise de parole* », explique la fédération départementale.

Ce projet existe depuis 1997 : il a permis une formation d'adultes (assistants d'éducation, animateurs scolaires, personnels de santé scolaire, etc.) à la fois sur une prévention précoce des IST mais également, plus générale, sur

l'éducation à la santé, et les met en posture de répondre aux questionnements de l'enfant.

Projet éducatif territorial, conseil municipal des enfants et nutrition

Autre domaine, autre territoire : le centre national de ressources Restaurants d'enfants et de jeunes de la Ligue de l'enseignement⁴ travaille notamment avec une ville de Vendée dans le cadre de son projet éducatif global sur la qualité de la restauration scolaire municipale. En effet, la commune met en œuvre ce service de restauration collective, qui concerne au premier rang les familles.

Dans le cadre d'une étude préalablement réalisée, un médecin insistait sur le fait qu'il est important de reconnaître aux enfants le droit d'exprimer leur point de vue dans les actions d'éducation à la santé. De cette manière, le sens critique influera sur la capacité de l'enfant à choisir sa nourriture.

Dans cette logique, un partenariat avec les enfants du conseil municipal des enfants (CME) est réalisé. Le CME, qui regroupe des enfants de CM1 et CM2 élus pour deux ans par leurs camarades de classe (renouvellement par moitié tous les deux ans), constitue un outil d'apprentissage actif de la démocratie qui permet aux enfants d'une classe, d'une école, une éducation à la citoyenneté active et concrète.

Le conseil municipal des enfants est chargé de représenter ses pairs auprès des élus aînés du conseil municipal de la ville à travers trois objectifs principaux :

- être le porte-parole des enfants de la cité ;
- consulter les autres enfants sur les sujets qui leur paraissent importants ;
- proposer des projets pour la commune. C'est en cela qu'il peut se mobiliser autour d'actions pour l'éducation à la santé.

Les intérêts de ce choix sont multiples. Il s'agit de permettre aux enfants de discuter entre eux de l'alimentation et de faire des propositions pour toucher tous les enfants et de sensibiliser des jeunes « élus » aux conséquences d'une mauvaise alimentation et au rôle que doit jouer, dans ce domaine, une commune.

La démarche choisie a été la suivante : une présentation du projet à tous ces élus, des consultations régulières pour connaître leur avis à travers la réalisation d'une enquête auprès de leurs camarades sur leurs pratiques alimentaires, une mise en œuvre d'actions de sensibilisation en partenariat avec eux, en particulier dans le cadre de la commission santé du CME.

De leur côté, les familles jouent un rôle essentiel pour l'adoption de bons comportements alimentaires. La famille

doit servir de « filtre de décryptage » de tous les messages reçus, parfois contradictoires, qui vont influencer les comportements des enfants. La commune a donc choisi de faciliter la circulation de l'information pour lui permettre, en retour, de composer des repas variés et équilibrés : réunions d'information, actualisation du site Internet municipal, tracts diffusés aux familles ont ainsi été privilégiés. Pour les familles exposées aux difficultés, des rencontres autour du thème de l'alimentation ont été organisées.

Tout projet éducatif territorial devant aussi faire le lien entre les différents temps de l'enfant, un lien est actuellement recherché entre les programmes scolaires et ce qui se passe durant le temps du repas.

Dans le cadre du projet nutrition, la valeur ajoutée du projet éducatif territorial repose sur une mobilisation plus importante des partenaires. En effet, si les responsables du service des affaires scolaires ont désormais à mobiliser les gestionnaires des restaurants des écoles, les enseignants et les parents d'élèves, ils n'ont pas, seuls, assez de légitimité pour initier une véritable politique de promotion de la santé, qui relève de la plupart des secteurs de la vie de la cité : loisirs, habitat, conditions d'emploi... Si le public des actions peut d'abord être les enfants, il doit aussi s'étendre à d'autres publics pour une

diffusion de bonnes pratiques : sensibilisation des familles, formation des acteurs... Il faudra sûrement s'interroger sur la mise en place de relais pour développer les conditions favorables à la santé avec l'implication des habitants, cela afin de battre en brèche un message unidirectionnel et culpabilisant, dont les résultats sont limités...

Pour conclure : l'intérêt du projet éducatif territorial

L'approche territorialisée au travers du projet éducatif territorial apparaît indispensable comme outil de complémentarité entre l'école et le temps de loisirs, comme mobilisation des partenaires et, pour l'éducation pour la santé, elle peut aussi être une opportunité jusqu'alors peu utilisée.

Arnold Bac

Responsable du secteur Éducation,

Damien Raymond

Chargé de mission Éducation,

Ligue de l'enseignement.

1. Cycle 2 : grande section de maternelle, cours préparatoire, cours élémentaire 1^{re} année ; cycle 3 : cours élémentaire 2^e année, cours moyen 1^{er} année, cours moyen 2^e année.

2. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Cher).

3. S'adresser au comité départemental d'éducation pour la santé du Cher : tél. 02 48 24 38 96 ou codes-ducher@wanadoo.fr

4. Centre national de ressources Restaurants d'enfants et de jeunes de la Ligue de l'enseignement : tél. 02 51 86 33 12 ou site Internet www.resto-enfant-jeune.org

Contact

Ligue de l'enseignement – 3, rue Récamier –

75341 Paris Cedex 07

Tél. : 01.43.58.97.33

Fax : 01.43.58.97.34

Courriel : informations@laligue.org

Site Internet : www.laligue.org

► Référence bibliographique

(1) *Projet éducatif, territoires et habitants*. Troisièmes rencontres nationales de l'éducation. Rennes, octobre 2002. Scérén-CNDP, Ville-école-intégration Enjeux ; hors-

À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ?

Directrice du comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon, Brigitte Sandrin Berthon, médecin de formation, a exercé successivement la médecine, générale, scolaire, de santé publique, et s'est formée en Belgique à l'éducation pour la santé et l'éducation du patient. Elle enseigne depuis longtemps l'éducation pour la santé à différents publics, notamment l'éducation du patient à des professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Elle nous livre son analyse critique sur le défi que représente l'éducation du patient, à savoir accroître le degré d'autonomie des personnes malades, et sur les compétences que les soignants ont à mettre en œuvre dans ce domaine.

Ma première rencontre avec l'éducation du patient, en 1989, m'a d'emblée fait considérer celle-ci comme une partie de l'éducation pour la santé et non pas comme une entité indépendante. « *L'éducation du patient peut ainsi être considérée, au sens large, comme une éducation pour la santé dirigée vers des personnes ou groupes engagés dans une relation de soins.* » (1) « *L'éducation thérapeutique peut s'inscrire dans le courant de l'éducation pour la santé et plus globalement encore dans celui de la promotion de la santé. [...] Fondamentalement, entre ce qui relève de l'éducation des patients et ce qui est de l'éducation pour la santé, il n'y a pas de différence de savoir, il n'y a pas de différence d'attitudes et d'aptitudes qui soit fondamentale.* » (2)

Le droit de choisir et la capacité d'agir du patient

À mon sens, la finalité de l'éducation thérapeutique est d'aider les patients à prendre du pouvoir. Je n'ignore évidemment pas le paradoxe contenu dans cette phrase. C'est le paradoxe inhérent à tout projet éducatif dont l'ambition est d'accroître le degré d'autonomie des personnes. « *Aide-moi à faire tout seul* » : c'est ainsi que Maria Montessori résumait son intention éducative vis-à-vis des enfants. Je fais aussi référence à l'éducation émancipatrice telle que conçue par Paulo Freire ou, plus récemment, au concept d'*empowerment*.

En 1995, j'écrivais que « *l'éducation pour la santé a pour but de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de santé et les compétences de la population : de cette rencontre naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative.* » (3). Cinq ans plus tard, j'écrivais que « *l'éducation pour la santé du patient a pour but que la personne qui consulte un professionnel des soins, quel que soit son état de santé, soit en mesure de contribuer elle-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie* » (4). Les mots que je souligne dans l'une et l'autre phrase témoignent, me semble-t-il, d'une évolution de ma représentation de l'éducation pour la santé : le passage d'une rencontre qui enrichit à une personne qui agit. Dans la première phrase, l'accent est mis sur l'échange et la collaboration entre le professionnel et le patient, dans le cadre d'une relation d'équivalence morale qui reconnaît l'existence de compétences profanes et qui développe l'autonomie. On reconnaît ici l'influence de Jean-Pierre Deschamps (5) et de Jean-François Malherbe (6), dont j'ai beaucoup apprécié les enseignements. En 2000, je place résolument le patient en position de sujet, je lui reconnais non seulement des compétences mais aussi le droit de choisir et la capacité d'agir. Les deux phrases ne sont d'ailleurs pas contradictoires : le projecteur a seulement modifié son axe d'éclairage.

Cette conception de l'éducation du patient a bien sûr des limites. Je me contenterai ici d'en évoquer trois :

- tout éducateur a des intentions vis-à-vis des personnes auprès desquelles il travaille, autrement dit de l'ambition pour autrui. Mais les personnes malades ont-elles envie de « prendre du pouvoir » ? Ne faut-il pas à certains moments leur reconnaître le droit de se faire prendre en charge ? Comment trouver un juste milieu entre « la neutralité bienveillante » du psychanalyste et « l'injonction à participer » qui constituerait une dérive de l'intention éducative ? ;
- il me paraît essentiel de reconnaître aussi l'inconfort du soignant face à un patient qui se pose en sujet, qui entend participer aux décisions qui le concernent, qui exprime éventuellement son désaccord. En tant que soignant, quand on est fatigué, en fin de journée, n'est-il pas plus confortable d'avoir en face de soi une personne passive qui se contente d'acquiescer à ce qu'on lui dit ? Je pense qu'on ne doit pas passer sous silence cette ambivalence du soignant éducateur ;
- l'idée d'un partenariat entre le soignant et le patient ne doit pas aboutir à gommer les différences. Les préoccupations, les objectifs, les perceptions de la personne malade et de celle qui la soigne ne seront jamais superposables. Il me paraît essentiel, comme dans toute relation éducative, d'admettre le conflit, de reconnaître l'altérité, d'éviter la fusion.

À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ?

Penser l'éducation du patient comme une forme particulière d'éducation pour la santé nous oblige à élargir notre point de vue, à agrandir le cadre de notre intervention et ce, dans plusieurs directions : de la maladie vers la santé, du patient vers la personne et vers le citoyen, des soins vers la promotion de la santé.

Quand elle s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, l'éducation pour la santé n'est pas dissociable des quatre autres axes de travail préconisés par la charte d'Ottawa (7) et présentés en ces termes dans le Plan national d'éducation pour la santé (8) :

1. veiller à la mise en œuvre, dans tous les secteurs de la vie publique, de mesures respectueuses de la santé notamment en matière de législation, de fiscalité et d'orientation des services ;
2. créer des environnements, des conditions de vie et de travail exerçant une influence positive sur la santé ;
3. renforcer la démocratie sanitaire, c'est-à-dire la possibilité pour les individus et les groupes de participer aux décisions qui concernent la santé publique et donc leur propre santé ;
4. réorienter les services de santé pour

qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes en matière de santé, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat avec les autres acteurs concernés par la promotion de la santé.

Adopter ces références dans le domaine de l'éducation des patients nous oblige à :

1. concevoir des programmes qui prennent en compte, et au besoin interpellent, les politiques institutionnelles ;
2. aménager notre cadre d'exercice pour qu'il contribue non seulement à la qualité des soins mais aussi à l'autonomie des personnes qui viennent consulter ou qui sont hospitalisées ;
3. associer les patients à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes ;
4. ne pas déléguer l'activité éducative à une catégorie de soignants mais au contraire favoriser l'implication de chacun dans une démarche éducative conçue collectivement.

Des pièges à éviter

L'éducation pour la santé nous aide ainsi, me semble-t-il, à éviter les pièges d'une éducation du patient focalisée :

- sur l'observance : « *Le but de la*

démarche éducative n'est pas de rendre le patient plus obéissant ! [...] Il s'agit d'écouter pour construire avec le patient une réponse originale, individuelle, appropriée, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il sait, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère. [...] Mener une démarche éducative, c'est construire à chaque rencontre, à partir de tous ces éléments, de nouvelles réponses, acceptables à ce moment-là par l'un et par l'autre » (9) ;

- sur les apprentissages : « *Le danger pour l'éducatrice en santé, c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'un apprentissage alors que la mort, la souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute » (10).* Quand nous aidons un patient à reconnaître la chronicité de sa maladie ou bien à surmonter une période difficile de sa vie avec la maladie, que ce soit dans le domaine physique, psychologique ou social, nous ne le plaçons pas nécessairement dans une situation d'apprentissage et pourtant ce type d'intervention fait bien partie, me semble-t-il, d'une démarche d'éducation ;
- sur la responsabilité individuelle : quel que soit leur comportement vis-à-vis des soins, quelles que soient leurs habitudes de vie, les personnes malades ne peuvent être tenues pour seules responsables de leur état de santé. La référence à la promotion de la santé est là pour nous le rappeler. L'héritage biologique, l'environnement social et culturel, le niveau des ressources, les conditions de travail et de logement exercent une influence directe sur la santé mais aussi sur les comportements individuels vis-à-vis de la santé.

Quelles conséquences en termes de formation ?

Ma conception de l'éducation du patient et mes différentes expériences professionnelles m'amènent à penser que la formation dans ce domaine doit développer quatre types de compétences :

1. Analyser le contexte

Il s'agit d'analyser le contexte politique et institutionnel dans lequel prennent place nos actions d'éducation, d'identifier les éléments qui vont facilit-

ter ou gêner la mise en place d'un programme. L'inertie ou le manque d'adhésion de certains acteurs clés peut provoquer l'inefficacité d'interventions éducatives par ailleurs bien menées. Les conditions actuelles d'exercice des soins rendent très difficile la mise en œuvre de programmes structurés d'éducation thérapeutique : la formation doit donc aider chaque professionnel à repérer son espace de liberté.

L'éducation du patient mobilise un grand nombre de professionnels, potentiellement tous ceux qui entrent en relation avec le patient à un moment ou un autre de la chaîne des soins. Encore faut-il bien comprendre le rôle des différents intervenants et leurs modalités de collaboration. Chacun doit être capable d'identifier son rôle propre, de se situer par rapport aux autres et de travailler à un projet éducatif commun.

Il me paraît également essentiel d'acquiescer ou de consolider ses compétences en matière de recherche et d'analyse documentaires (tirer enseignement de ce que d'autres ont expérimenté) et en matière d'écriture et de publication (permettre à d'autres équipes de bénéficier de ce que l'on a soi-même expérimenté). Trop de professionnels de santé se lancent encore dans l'éducation sans savoir qu'ils ne sont pas tout à fait des pionniers dans ce domaine !

2. Conduire une démarche

L'éducation du patient nécessite l'adoption d'une démarche rigoureuse : clarifier ses intentions, établir un diagnostic éducatif, convenir avec le patient de priorités et d'objectifs, choisir des méthodes et des outils pédagogiques, évaluer le processus et les résultats... Autant de compétences à développer en formation, en prenant appui sur ce que l'on maîtrise déjà : en effet, la démarche préconisée en matière d'éducation n'est heureusement pas complètement étrangère à la démarche clinique.

3. Adopter une posture

Avant toute chose, il me paraît indispensable d'« être capable, en tant qu'individu mais aussi en tant que professionnel et scientifique, de se dégager du système de représentations, à propos de la santé et de la maladie, qui nous est propre ». Cet objectif général est celui d'un module dont j'ai eu la

responsabilité pendant deux ans à l'Université catholique de Louvain, dans le cadre de l'enseignement d'éducation pour la santé. Il constitue à mon avis un préalable à toute démarche d'éducation du patient.

Par ailleurs Michel Develay (11) invite le professionnel de santé qui veut pratiquer l'éducation à passer d'une relation binaire (avec le patient) à une relation triangulaire (en dissociant l'éducateur du contenu de l'éducation). Spontanément le médecin cherche à transmettre son savoir au patient. Il s'identifie au savoir qu'il détient. Pour introduire un espace de négociation avec le patient, sans lequel il n'y aurait pas d'éducation, il va devoir apprendre à exercer une fonction de médiation entre le savoir qu'il a acquis et le patient avec lequel il travaille. La formation doit, me semble-t-il, fournir l'occasion de s'y entraîner.

4. Utiliser des techniques

L'éducation du patient s'appuie généralement sur une alternance d'entretiens individuels et de travaux en groupe. Les professionnels doivent donc maîtriser des techniques de communication et d'animation mais aussi des techniques pédagogiques : il faut par exemple savoir écouter, se faire comprendre, faciliter l'expression, aider à apprendre...

Enfin, il me paraît indispensable que la démarche et les méthodes pédagogiques utilisées pendant la formation s'inscrivent dans la même logique que celles préconisées pour mettre en œuvre l'éducation du patient. Le modèle éducatif mis en œuvre par les éducateurs sera en effet élaboré sur le modèle de la formation qu'ils auront reçue. Je m'efforce donc d'aider les équipes en formation à identifier puis à mettre en œuvre les changements susceptibles d'améliorer la qualité de leurs pratiques éducatives. Le but de ces formations est alors de produire du changement : changer soi-même (ses pratiques professionnelles) pour aider l'autre (le patient) à changer.

Brigitte Sandrin Berthon

Médecin de santé publique,
directrice du comité régional d'éducation
pour la santé (Cres) Languedoc-Roussillon.

Cet article synthétise une intervention effectuée par l'auteur lors du séminaire « Développer les offres régionales de formation en éducation du patient », qui s'est tenu à La Grande-Motte du 30 septembre au 3 octobre 2004. Les actes du séminaire ont été publiés par le Cres Languedoc-Roussillon (coord. A. Pellecchia, 112 p.) et sont en ligne sur le site du Cres : www.cres-lr.org

► Références bibliographiques

- (1) Deccache A., Merremans P. L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines. In : *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Puf, 2000 : 148-67.
- (2) Bury J.-A. *Éducation thérapeutique et démocratie sanitaire : du quotidien au politique*. Revue francophone de psycho-oncologie 2003 ; n° 4 : 113-9.
- (3) Sandrin Berthon B. *L'invitation au dialogue. 25 jeunes en difficulté d'insertion parlent de leur vie avec un médecin : analyse du contenu des échanges*. Université catholique de Louvain, Unité Reso, mémoire non publié, 1995 : 164 p.
- (4) Sandrin Berthon B. Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? In : *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Puf, 2000 : 7-39.
- (5) Deschamps J.-P. *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé*. La revue du praticien 1984 ; n° 34 : 485-97.
- (6) Malherbe J.-F. *Pour une éthique de la médecine*. Bruxelles : Ciaco (Catalyses), 1990 : 208 p.
- (7) Organisation mondiale de la santé (1986).
- (8) Ministère délégué à la Santé. *Plan national d'éducation pour la santé* (2001).
- (9) Sandrin Berthon B. Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? In : *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris : Puf, 2000 : 7-39.
- (10) Longneaux J.-M. *Bien gérer sa santé ? Éducation santé* 1994 ; n° 90 : 4-6.
- (11) Develay M. À propos de l'éducation du patient. In : *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Puf, 2000 : 185-98.

Les consommations des adolescents : la France, élève moyen de l'Europe

Les adolescents français âgés de 16 ans figurent parmi les premiers consommateurs de cannabis en Europe, selon l'enquête Espad, menée auprès de plus de cent mille adolescents dans trente-cinq pays. En revanche, ce sont eux qui ont le plus réduit leur consommation de tabac au cours des dernières années ; par ailleurs, ils ont un usage régulier d'alcool nettement inférieur à la moyenne européenne. Parmi les multiples particularismes relevés, la consommation d'alcool est particulièrement élevée aux Pays-Bas et, pour les filles, au Royaume-Uni.

L'enquête Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) permet de comparer les différents niveaux d'usage de substances psychoactives des adolescents dans la plupart des pays européens. Il s'agit d'une enquête quadriennale menée en milieu scolaire, initiée en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) avec le soutien du Conseil de l'Europe (groupe Pompidou). La dernière enquête s'est déroulée en 2003 et a réuni trente-cinq pays¹ dont la France, qui y participait pour la deuxième fois.

L'enquête a été menée selon une méthodologie standardisée dans l'ensemble des pays participants et selon une même procédure à partir d'un questionnaire autoadministré commun. Elle offre ainsi une très bonne comparaison des habitudes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites des jeunes Européens âgés de 15-16 ans scolarisés. En France, l'enquête est effectuée sous la responsabilité scientifique de l'OFDT et de l'équipe « santé de l'adolescence » de l'Inserm, en partenariat avec le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche (MJENR).

L'enquête française concernait les élèves scolarisés² dans les établissements publics et privés du second degré (collèges, lycées d'enseignement général et technique, lycées professionnels) relevant de l'Éducation nationale. Au total, 773 classes ont participé à l'enquête, 16 833 questionnaires ont

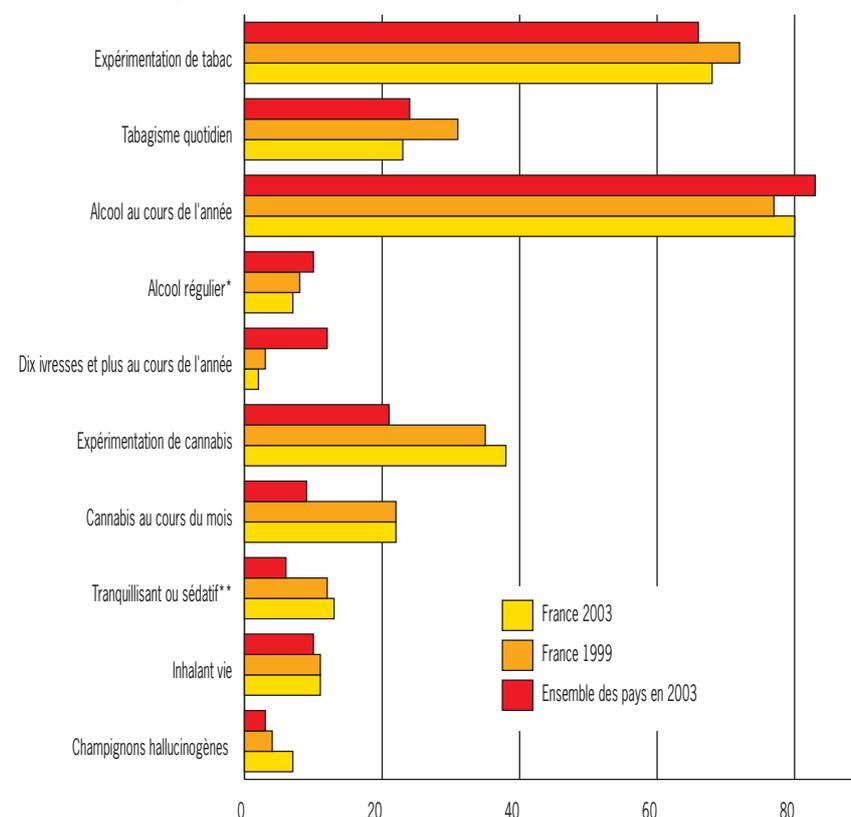
été remplis, soit un taux de participation de 90 %. Pour la comparaison européenne, seuls les 2 297 élèves nés en 1987 et donc âgés de 15-16 ans ont été retenus (la taille des échantillons des autres pays européens participant varie de 555 à 6 000 élèves).

Tabac, alcool et cannabis, premiers produits psychoactifs consommés

En Europe, le tabac et l'alcool restent les deux produits psychoactifs les plus consommés à l'adolescence. Il existe toutefois de grandes variations d'un

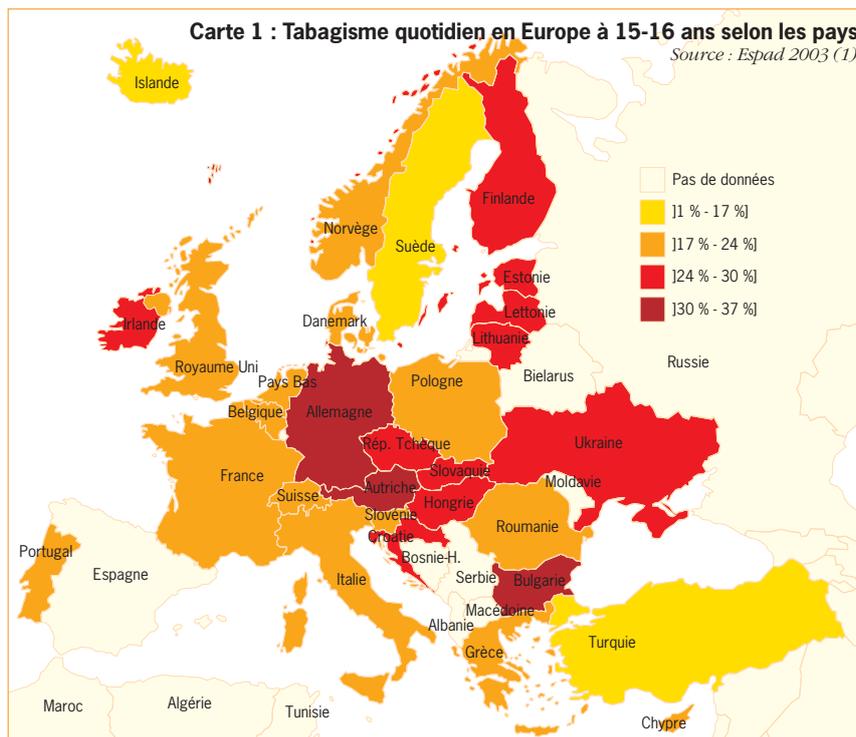
Figure 1 : Consommation de produits psychoactifs en Europe et en France en 2003 à l'âge de 16 ans⁵

Source : ESPAD 1999, 2003 (1)



* Alcool régulier : au moins dix épisodes de consommation au cours des trente derniers jours.

** Tranquillisant ou sédatif : consommation sans prescription médicale au cours de la vie.



pays à l'autre et ce, quel que soit le niveau de consommation considéré. Ainsi, pour l'expérimentation de tabac et d'alcool, les niveaux varient du simple au double (respectivement de 46 % à 83 % et de 45 % à 98 %). Pour la consommation quotidienne de tabac, les niveaux évoluent de 13 % pour Malte et la Turquie à 36 % pour l'Autriche ou la Bulgarie. La consommation

régulière d'alcool, pour sa part, apparaît quasi inexistante dans des pays comme la Suède ou l'Islande (1 %) alors qu'elle concerne un quart des élèves hollandais.

Le cannabis continue d'être le premier produit illicite expérimenté et consommé par les jeunes adolescents européens, avec, toutefois, de grandes

variations d'un pays à l'autre, l'expérimentation allant de 3 % en Roumanie à 44 % en République tchèque et la consommation durant les trente derniers jours de 1 % en Suède à 22 % en France.

L'expérimentation des autres produits illicites, comme le LSD, l'héroïne, la cocaïne ou encore l'ecstasy, se révèle marginale avec, dans la grande majorité des pays, des niveaux d'expérimentation compris entre 1 % et 4 %.

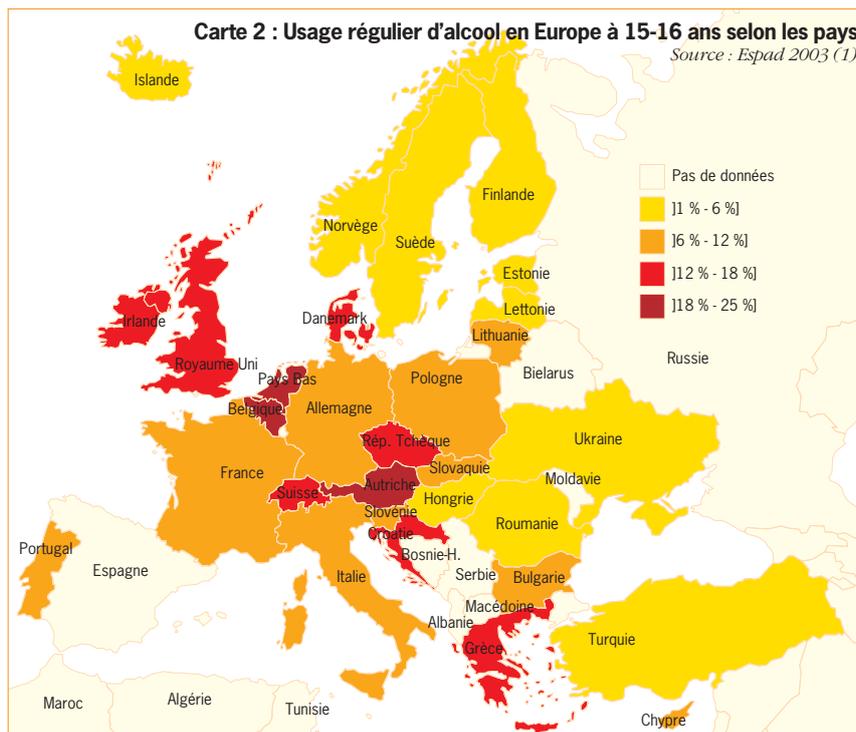
Avec une expérimentation supérieure à 5 % dans tous les pays³, les produits à inhaler (il s'agit principalement de solvants organiques consommés par inhalation : colles, éther, protoxyde d'azote) sont, après le cannabis, parmi les produits illicites ou détournés les plus souvent expérimentés. Les niveaux peuvent même parfois être relativement importants – compris entre 15 % et 18 % – dans des pays comme l'Irlande, Chypre, Malte ou la Slovaquie.

Elles fument autant que les garçons

En Europe, les écarts entre les niveaux de consommation des garçons et des filles restent généralement importants, notamment pour des produits comme l'alcool et le cannabis, même s'il subsiste parfois quelques exceptions et de grandes variations d'un pays à un autre. Dans la majorité des pays, par exemple, les filles s'alcoolisent nettement moins que les garçons mais, dans les pays anglo-saxons (Angleterre, Irlande), les écarts filles/garçons apparaissent moindres, la recherche d'ivresse pouvant même parfois se révéler aussi importante chez les filles que chez les garçons : respectivement 25 % et 24 % en Angleterre par exemple.

Pour le tabac, en revanche, les niveaux des jeunes adolescentes sont comparables, voire supérieurs, à ceux des jeunes garçons. Ainsi, dans des pays comme la Bulgarie, l'Allemagne, la Norvège, les filles déclarent plus souvent que les garçons fumer quotidiennement.

Entre 1999 et 2003, les évolutions au niveau européen apparaissent modérées. Pour le tabac et l'alcool, les niveaux sont restés relativement stables. Pour le cannabis, en revanche, l'expérimentation comme la consom-



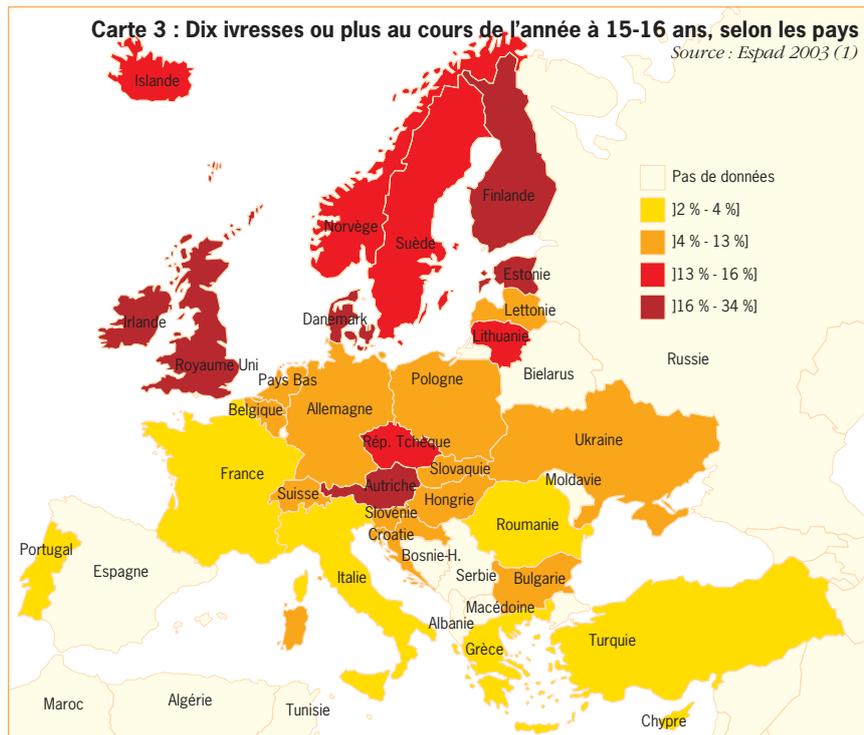
mation au cours du mois semblent avoir légèrement progressé, en particulier dans les pays où les niveaux étaient déjà élevés en 1999. Ces progressions ne modifient cependant pas la hiérarchie⁴ établie en 1999, qui plaçait déjà la France, la République tchèque, le Royaume-Uni et l'Irlande parmi les pays de tête.

Baisse du tabagisme pour les jeunes Français

En 2003, les jeunes Français âgés de 15-16 ans présentent un taux d'expérimentation du tabac comparable à celui de l'ensemble des autres adolescents européens (68 % *vs* 66 %), le taux d'expérimentation se situant vers 80 % pour des pays comme l'Autriche et la République tchèque, et autour de 50 % pour des pays comme l'Islande, la Grèce et la Turquie.

Le tabagisme quotidien (au moins une cigarette par jour au cours des trente derniers jours) concerne 23 % des jeunes adolescents français de 15-16 ans. La France se situe ainsi au dix-huitième rang des pays participants. Les Autrichiens, les Allemands, les Bulgares ainsi que les jeunes Moscovites sont parmi les plus gros usagers de tabac (entre 46 % et 56 %) ; les Turcs, les Suédois et les Maltais se révélant, au contraire, les moins consommateurs d'Europe (entre 10 % et 14 %). Ainsi, les pays présentant les niveaux les plus faibles se situent autant en Europe du Nord qu'en Méditerranée orientale. Les jeunes fumeurs de tabac semblent, néanmoins, se concentrer dans les États baltes et les pays d'Europe centrale, alors qu'à l'inverse, dans les pays de la façade atlantique et de la Méditerranée occidentale, la part des jeunes usagers quotidiens apparaît moindre.

En 2003, les jeunes Français s'inscrivent dans une baisse généralisée du tabagisme en France et se classent parmi les adolescents des pays participants les moins consommateurs, alors qu'ils étaient en tête en 1999 : en quatre ans, le tabagisme quotidien des adolescents français a été réduit de 25 %. Cette tendance à la baisse semble se généraliser en Europe puisque, dans la plupart des pays, l'usage du tabac est resté stable ou a diminué. Seuls trois pays voient leur consommation de tabac progresser (la Roumanie, l'Estonie et Chypre).

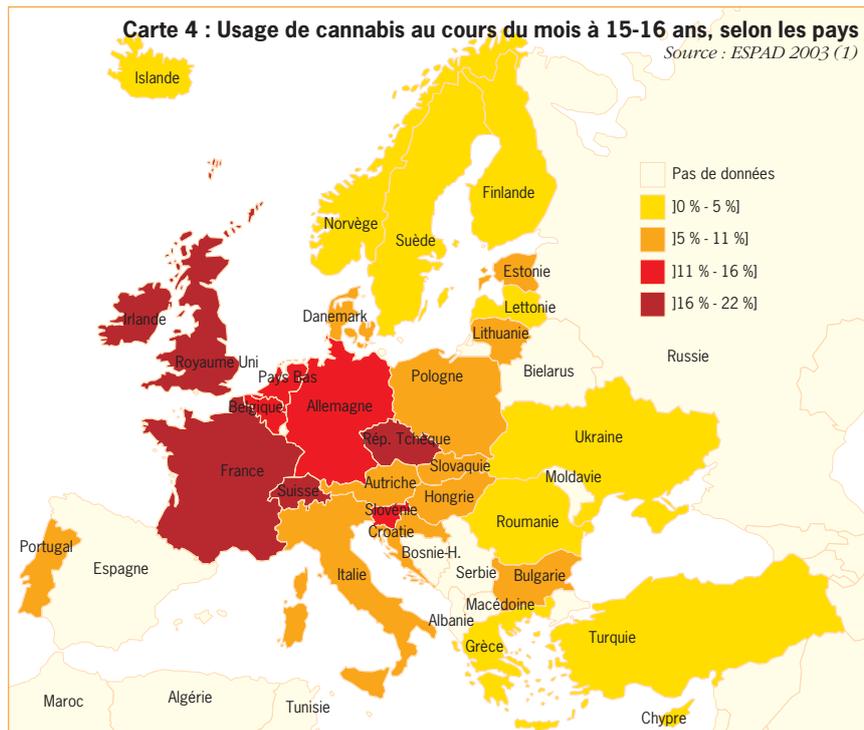


Consommation régulière de boissons alcoolisées

Si, dans la plupart des pays, plus de 80 % des adolescents déclarent « avoir consommé au moins une boisson alcoolisée au cours de l'année précédente », la proportion de ceux déclarant un usage régulier (dix fois ou plus dans le mois) se révèle, en revanche, nettement plus faible : 4/5^e des pays pré-

sentant des niveaux inférieurs à 14 %. Les jeunes Français se démarquent davantage de leurs homologues européens avec un niveau d'usage régulier égal à 7 %, qui les situe au 21^e rang du classement par pays.

La France, avec 8 % des adolescents qui déclarent boire du vin plus de trois fois au cours du mois, se classe dans le



dernier tiers des pays, les jeunes Maltais, Italiens et Autrichiens en étant les plus grands consommateurs en Europe. Les jeunes Français, en revanche, se retrouvent en position médiane pour la consommation de spiritueux (19 %).

Les consommations régulières d'alcool (au moins dix usages au cours du mois) dessinent une carte européenne plus contrastée que celle du tabac, les proportions variant de plus de 20 % (Belgique, Pays-Bas, Malte et Autriche) à moins de 2 % dans les pays scandinaves et en Turquie. Les jeunes Français déclarent un niveau d'usage régulier comparable à ceux des jeunes Portugais, Lithuaniens ou encore Bulgares et Slovaques.

Ivresses assez rares dans les pays latins

La France se positionne parmi les rares pays européens, avec Chypre, Malte, le Portugal et la Turquie, où moins de 50 % des adolescents déclarent avoir déjà été ivres au moins une fois dans leur vie. Dans des pays comme le Danemark, les îles britanniques, la République tchèque, par exemple, plus des trois quarts des adolescents disent avoir déjà été ivres. De même, la part des jeunes Français âgés de 15-16 ans déclarant avoir été ivres au moins une fois au cours des douze derniers mois apparaît nettement plus faible que dans l'ensemble des pays européens (29 % contre 53 % en moyenne) ; l'écart est encore plus net quand on considère l'ivresse au cours des trente derniers jours (15 % contre 32 % en moyenne), la France se situant alors en 31^e position.

Il n'y a pas eu, en Europe, d'évolution notable entre 1999 et 2003, excepté dans les pays baltes et en Slovaquie, où les ivresses apparaissent en légère augmentation.

D'un point de vue géographique, les pays de l'Europe du Nord s'opposent généralement à ceux du Sud. Ainsi, les pays de la Méditerranée occidentale et orientale présentent des niveaux d'ivresse déclarés parmi les plus faibles d'Europe. À l'inverse, les pays d'Europe du Nord en particulier ceux des îles britanniques, affichent pour la plupart des niveaux supérieurs à la moyenne, tout comme une grande partie des pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est.

Finalement, on peut distinguer au niveau européen deux profils pour les consommations d'alcool : l'un, nordique, avec des usages réguliers plutôt faibles mais, par contre, des épisodes d'ivresse plus importants, et l'autre, latin, où les usages réguliers apparaissent plus importants mais les épisodes d'ivresse plus rares, la France se rapprochant de ce dernier portrait.

Cannabis : les Français parmi les premiers consommateurs

En France, la proportion d'élèves qui déclarent avoir déjà fumé du cannabis au moins une fois au cours de la vie est environ deux fois supérieure à la moyenne de l'ensemble des pays (38 % contre 21 %). Les jeunes Français sont aussi parmi les tout premiers consommateurs de cannabis au cours du mois (22 % *vs* 9 %). Ils figurent ainsi dans un quatuor de tête avec les Suisses, les Anglais et les Tchèques, dont les niveaux d'expérimentation, compris entre 44 % et 38 %, devancent largement ceux des autres Européens. À l'opposé, des pays comme la Grèce, la Roumanie ou encore la Suède, par exemple, rapportent des taux inférieurs à 5 %.

Entre 1999 et 2003, aucun pays ne présente de véritable diminution des niveaux d'usage de cannabis. Si l'expérimentation progresse dans pratiquement un tiers des pays (essentiellement des pays de l'Est mais aussi l'Irlande et le Portugal), la consommation au cours du mois se révèle relativement stable dans une grande partie des pays, à l'exception de la Bulgarie, de la Slovaquie et de l'Angleterre, où elle augmente légèrement.

La géographie européenne de l'usage de cannabis oppose clairement l'Europe occidentale à l'Europe de l'Est, les niveaux d'usage diminuant progressivement de la façade atlantique à l'Oural. Parmi les pays d'Europe centrale pour lesquels l'usage au cours du mois s'avère relativement modéré, la République tchèque occupe une place particulière avec un niveau d'usage déclaré comparable à celui de la France.

En conclusion, cette enquête permet de resituer les niveaux d'usage des jeunes Français par rapport à leurs homologues européens. Dans cette cartographie des usages de drogues à l'âge de

15-16 ans, les Français présentent généralement des niveaux relativement comparables à ceux de l'ensemble des Européens. Ils se démarquent, cependant, de leurs homologues par leur faible taux d'ivresses alcooliques déclarées et par une consommation de cannabis nettement plus importante.

Stanislas Spilka¹
Christine Hassler²
Stéphane Legleye¹
Delphine Morin²
François Beck¹
Marie Choquet²

1. Pôle Enquêtes en population générale, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis-La Plaine,
2. Institut national de la santé et de la recherche médicale U669, Paris.

1. Il n'y a, en réalité, que trente-quatre pays, les données russes se limitant à la seule ville de Moscou.
2. En France, le choix s'est porté sur un sondage aléatoire en grappe stratifié à plusieurs degrés permettant de désigner aléatoirement des établissements au sein desquels deux classes sont désignées. Tous les élèves des classes sélectionnées sont alors interrogés durant une heure de cours.
3. À l'exception toutefois de la Bulgarie et de la Roumanie (respectivement 3 % et 1 %).
4. La situation des élèves français est décrite, pour chaque indicateur, à l'aide d'un classement situant la France parmi les pays participants classés dans l'ordre décroissant des niveaux d'usage déclarés, sans tenir compte des éventuels ex aequo.
5. La moyenne calculée pour l'ensemble des pays européens ne tient pas compte du poids démographique de chacun des pays au sein de l'Union européenne (chaque pays a le même poids).

Pour en savoir plus

Contact OFDT : stanislas.spilka@ofdt.fr
Contact Inserm : choquet@cochin.inserm.fr
Site Internet où l'on peut accéder à des éléments de l'enquête ou à un résumé en français : www.ofdt.fr

► Référence bibliographique

(1) Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., et al. *The 2003 Espad Report, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. CAN, Stockholm, 2004.

« Brokeback Mountain », un film pour débattre d'homosexualité et d'amour

Comment réagissent les humains lorsque désir et choix d'épanouissement personnel sont incompatibles avec la norme sociale ? C'est la question centrale du film *Le Secret de Brokeback Mountain*, qui conte l'histoire d'un amour irrépressible entre deux jeunes cow-boys. Pour les professionnels de la promotion de la santé, ce film offre matière à débattre avec les adolescents de l'homosexualité, des notions d'amour, de choix assumé et de la difficulté à faire fi des conventions sociales.



D.R.

Le Secret de Brokeback Mountain Un film de Ang Lee, États-Unis, 2005, 2 h 14

Adapté d'une nouvelle d'Annie Proulx et mis en scène par Ang Lee, *Le Secret de Brokeback Mountain* est souvent présenté comme un western gay, mais les défenseurs du film – ils sont nombreux – ne manquent pas d'insister sur le caractère réducteur de l'expression. Comme si le film était traversé d'un souffle particulier, ceux qui l'ont aimé ne veulent pas le voir réduit à une caricature qui pourrait être un peu graveleuse. Qu'y a-t-il donc, dans cette histoire d'amour entre deux cow-boys, qui la place au-delà de cette étiquette (agui-chante ?) de western gay ?

Le film

Tout commence dans l'Amérique rurale (le Wyoming) des années soixante.

Deux jeunes gens, Jack Twist et Ennis Del Mar, sont amenés à garder ensemble un troupeau de moutons dans la montagne pour un fermier du coin. Les deux gaillards mal dégrossis s'entendent bien. Jack, le plus loquace, veut faire carrière dans le rodéo ; Ennis, le taciturne, compte se marier avec Alma, sa fiancée, et reprendre un ranch. Une amitié naît, qui, une nuit, prend un tour sexuel. La saison terminée, Jack et Ennis se séparent pour aller « vivre leur vie ». Ils se reverront quatre années plus tard et, pendant vingt ans, ils délaisseront régulièrement leur femme, leurs enfants, leur travail, pour de courtes escapades amoureuses dans la nature.

Relation à la thématique santé

La difficulté que rencontrent les deux personnages à vivre une relation homosexuelle dans un contexte social hostile peut être, dans une perspective

élargie, mise en relation avec la difficulté de tout un chacun de concilier ses désirs et ses aspirations personnelles à la vie en société, avec ses conventions et ses normes. On peut ainsi amener les participants à s'interroger sur la difficulté à assumer ses désirs, quels qu'ils soient, et sur l'équilibre à trouver entre désir intime et vie sociale.

Une impossible conciliation

L'histoire de Jack et Ennis illustre bien l'opposition – que nous vivons tous, sans doute, à l'un ou l'autre moment de notre vie – entre la norme, la culture, la pression sociale et la réalisation de soi, l'épanouissement personnel, la réalisation de ses désirs intimes. Ici, les deux hommes vivent leur désir l'un pour l'autre comme quelque chose d'irrépressible, impossible à combattre, mais qu'il faut cacher : à cet endroit-là, à ce moment-là, il n'est pas permis d'être un homme qui aime un autre homme.

La norme est tellement intériorisée chez les deux protagonistes qu'ils refusent de nommer « ce qui leur arrive ». Après cette première nuit où ils ont eu une relation sexuelle, Ennis déclare ne pas être homo, autant pour se rassurer lui-même sans doute que pour « prévenir » Jack, ce à quoi son ami répond que lui non plus n'est pas homo... « *Si ça nous reprend au mauvais endroit ou au mauvais moment, on est morts* » dira Ennis, bien conscient de l'hostilité de la communauté vis-à-vis des homosexuels. Enfant, Ennis a été amené par son père à constater ce que l'on fait aux hommes qui vivent ensemble : la vision d'un cadavre mutilé et abandonné au bord de la



route se passe de commentaires. On n'utilise pas les mots pour désigner « cela ».

Pourtant, il est clair pour Jack d'abord, pour Ennis ensuite et pour la plupart des spectateurs sans doute, que leur « vraie vie » est là, que leur réalisation personnelle passe par cette relation homosexuelle. Certes, chacun des deux hommes aura une autre vie (mariage, enfants, travail), mais incapable de lui apporter la même satisfaction. À ce stade, Jack et Ennis ne partagent pas la même vision, ou n'assument pas leur désir de la même manière. Jack désire vivre avec Ennis, ne se satisfait pas de deux ou trois week-ends par an passés avec lui ; Ennis se sent « coincé » par son autre vie mais ne manifeste pas le désir de s'en libérer. Sa contrainte est matérielle (le manque de moyens) et affective (il ne veut pas s'éloigner de ses filles) mais son enfermement est surtout mental : il ne veut pas prendre le risque de sortir de la norme. Au bout du compte, ils souffrent, l'un et l'autre.

Secret et sanction

Corollaires de cette situation : le secret et la sanction sociale. Jack et Ennis ne pourront assouvir leur désir que dans l'isolement. Ils prétendent tous deux partir en week-end à la pêche avec leur ami. Personne ne sait, croient-ils, la relation qui les unit en réalité. Ils se trompent : le fermier qui les a engagés les a vus ensemble et l'a dit à Jack, mais Ennis n'est pas au courant ; quant à Alma, la femme d'Ennis, elle les a vus

s'embrasser fougueusement lors de leurs retrouvailles. Ils portent donc un secret, mentent à leur entourage, mènent une double vie. Là encore, Jack est plus audacieux qu'Ennis : il file le rejoindre quand il apprend qu'Ennis a divorcé, pensant qu'il est enfin libre de vivre avec lui ; il évoque auprès de ses parents la possibilité de reprendre leur ranch avec son ami. Ennis, lui, n'a que la violence à opposer à sa femme Alma, qui le met face à son mensonge.

Quant à la sanction sociale de l'homosexualité, elle prend différentes formes. Le tabou est la première : on l'a dit, on n'entendra qu'une seule fois le mot « homo » au cours du film, et aucun autre mot pour désigner l'homosexualité, ni même la sexualité. L'hostilité se manifeste dans les regards (celui du père de Jack), les gestes d'évitement (le clown qui a sauvé la mise à Jack lors d'un rodéo et auquel Jack veut offrir un verre) ou le mépris (les propos de Joe Aguirre). Mais la forme la plus violente de cette sanction est évidemment le lynchage, dont Ennis, enfant, a été le témoin et dont Jack sera la victime.

Propositions d'animation

Le film peut être vu par les adolescents à partir de 16 ans et par de jeunes adultes.

Invitons les participants à une discussion autour du film : informelle d'abord (le film leur a-t-il plu ? quelles réactions suscite-t-il ?), puis plus centrée sur le schéma proposé ici, avec des

questions comme :

- Vous sentez-vous plus proche de Jack ou d'Ennis ? Comment vivriez-vous une relation comme celle-là ? Voudriez-vous la vivre jusqu'au bout, comme le souhaite Jack, ou cherchiez-vous à la contenir dans des proportions acceptables (comme un bonsaï !), comme le fait Ennis ?
- Qu'est-ce qui empêche les deux hommes de vivre pleinement cette relation ? La société qui les entoure ? ou leur propre manque d'audace, de courage, d'imagination, ou de liberté ?

Pour nourrir la discussion, on peut faire appel à quelques scènes du film : les derniers instants à Brokeback Mountain, où Ennis finit par frapper Jack ; la scène des retrouvailles, quatre ans après le séjour dans la montagne ; la relation entre Ennis et Cassie, la serveuse qui est amoureuse de lui ; la dispute lors de la dernière rencontre entre Jack et Ennis ; l'accueil d'Ennis par les parents de Jack ; les mots que prononce Ennis devant la carte postale et la chemise de Jack : « *Jack, I swear...* » (« *Jack, je te jure...* »). Comment peut-on interpréter ces scènes ? Que disent-elles des sentiments de Jack et d'Ennis ? Quelles réactions suscitent-elles chez le spectateur ?

À défaut de paroles prononcées – il n'est jamais question de sexe, on l'a dit, mais il n'est jamais question d'amour non plus –, beaucoup d'indices sont révélateurs des sentiments de Jack et Ennis. Ainsi, il est clair que ces deux-là s'aiment, qu'Ennis est « enfermé mentalement », pris dans des contradictions dont il souffre : en témoignent l'impatience et la fougue des retrouvailles ; le conflit intérieur qui ne s'exprime que dans la violence (vis-à-vis de Jack, d'Alma, d'un inconnu qui passe...) ; l'indifférence vis-à-vis de Cassie, la serveuse ; la jalousie d'Ennis à l'évocation des aventures homo de Jack ; le sentiment de suspicion qu'Ennis lit dans le regard des autres. Particulièrement lors de la dernière rencontre entre les deux hommes, c'est leur souffrance qui s'exprime. Jusque-là, leur histoire d'amour peut paraître idyllique (décor champêtre et amour tendre !), mais, si Jack a déjà manifesté à plusieurs reprises qu'il attend autre chose de leur relation, il dit enfin explicitement son insatisfaction et sa douleur ; quant à Ennis, après un premier mouvement de colère quasi muette, il s'effondre.

En somme, Ennis et Jack vivent une vraie histoire d'amour, contrariée par le contexte social hostile, mais contrariée surtout par l'enfermement mental, l'impossibilité d'envisager une autre vie.

Invitons ensuite les participants à interroger leur propre rapport au film, dans la perspective ouverte ici, avec des questions comme :

- même si l'on n'est pas homosexuel, on peut ressentir le conflit entre la pression sociale, le regard des autres, la norme et des aspirations personnelles ; est-ce que cela vous est déjà arrivé ? ou pourriez-vous imaginer être un jour dans une telle situation ?
- avez-vous dû/devriez-vous cacher cette situation ?
- quelles auraient été/seraient les formes de la sanction sociale ?
- quelle serait pour vous une situation impossible à vivre ?
- à qui pourriez-vous en parler ? Quels mots utiliseriez-vous ?

Si l'on reste dans le registre amoureux, on peut imaginer, par exemple, des situations comme : être amoureux d'une personne dont l'âge serait nettement différent du sien, ou bien d'une personne d'une autre culture ou d'une

autre religion, ou encore d'une personne qui est déjà engagée dans une relation avec quelqu'un d'autre...

La discussion permettra peut-être de mettre en évidence l'importance du contexte culturel : les « normes » ne sont pas les mêmes en tout lieu et à toutes les époques. Si elles sont fortement intériorisées, elles peuvent même sembler naturelles et l'on peut perdre de vue qu'elles sont le résultat de conventions sociales. Parallèlement, on pourra souligner aussi la tendance de notre société à valoriser l'épanouissement et le développement personnels.

Pour conclure, soumettons aux participants deux pistes de réflexion :

- L'importance de la parole : on l'a dit, dans le film, certaines choses ne s'expriment pas en mots. Néanmoins, Jack, le loquace, assume mieux qu'Ennis son homosexualité, il est capable de dire sa souffrance et il est plus déterminé à vivre ce qui semble être sa « vraie vie ». Ennis, lui, est comme bloqué dans son silence ; c'est par l'agressivité et les coups qu'il répond à ceux qui le confrontent (parfois bien involontairement !) à la réalité. Tout se passe comme si l'expression par la parole per-

mettait de vivre moins mal les difficultés... Mais la parole est-elle le moyen de surmonter les difficultés ou n'est-elle que le signe d'une résolution préalable ? En d'autres termes, est-ce par la parole que Jack évolue ou est-ce parce qu'il évolue qu'il peut parler ?

- La question de la révélation de son homosexualité ou *coming-out*. En Belgique francophone nous parlons de « La sortie du placard » : l'expression désigne habituellement le passage du secret à la déclaration aux proches de l'homosexualité. La révélation aux autres implique d'avoir assumé son orientation sexuelle personnellement. On pourrait donc dire que la sortie du placard se fait en deux temps : pour soi-même d'abord, vis-à-vis des autres ensuite. Mais cette expression traditionnellement réservée aux personnes homosexuelles ne peut-elle pas s'appliquer à tout un chacun ? Ne sommes-nous pas tous amenés à assumer un désir, un choix de vie (pas toujours aussi difficile que ceux des personnages du film !), à s'accepter tel que l'on est, pour « vivre pleinement sa vie » ?

Anne Vervier

Animatrice, Centre culturel Les Grignoux, Liège, Belgique. www.grignoux.be



D.R.



**Le tabac tue.
Peu importe comment
vous le fumez.**

Cigarettes, cigares, cigarillos, tabac à rouler, pipe, narguilé, tabac à mâcher ou tabac à priser... Peu importe la manière dont vous le consommez, le tabac est mortel. Pour plus d'informations, appelez le 0825 309 310 (0,15 €/min) ou rendez-vous sur www.tabac-info-service.fr.