

numéro 380

# LA Santé

de l'homme

Novembre-Décembre 2005 - 6 €



## Santé à l'école : tout un programme

**Bruxelles :**  
action santé –  
environnement

**Cannabis :**  
voyage au cœur  
d'une consultation

Comment créer  
**un outil  
pédagogique**

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**  
<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 : **Hélène Escalon**  
<helene.perrin@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 : **Centre de documentation et Fabienne Lemonnier**  
<doc@inpes.sante.fr>

## COMITÉ DE RÉDACTION :

**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),  
**Catherine Gaquière** (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **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), **Catherine Lavielle** (INPES), **Philippe Lécors** (Ecole nationale de santé publique), **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), **Sylvie Rizo** et **Dr Dominique Martin** (direction générale de la Santé), **Bernadette Roussille** (Inspection générale des affaires sociales), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif), **Dr Isabelle Vincent** (INPES), **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 : 4<sup>e</sup> trimestre 2005.  
Tirage : 14 000 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 380

**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

## ► International

### À Bruxelles, le porte-à-porte pour éduquer à la santé

Florence Goens, Delphine Louterman,

Alain Cherbonnier . . . . . 4

## Dossier

### Santé à l'école : tout un programme

#### Présentation

Sandrine Broussouloux, Nathalie Houzelle, Christine Kerneur, Félícia Narboni, Jeanne-Marie Urcun . . . . . 7

#### Éditorial

##### L'école, lieu d'exercice des responsabilités

Annick Fayard, Nadine Neulat . . . . . 8

#### Le bilan santé des élèves

##### Enquête HBSC : un éclairage sur la période de l'adolescence

Entretien avec Félix Navarro . . . . . 10

#### Une enquête pour observer la santé des élèves dans le temps

Entretien de Jean-Baptiste Herbet et Nathalie Guignon . . . . . 13

#### Renforcer le partenariat santé-éducation

##### Une convention pour développer l'éducation pour la santé à l'école

Annick Fayard . . . . . 14

#### Santé-citoyenneté : l'académie d'Amiens mobilise les établissements

Entretien avec Françoise Potier et Gisèle Desmoutiez . . . . . 16

#### Des actions au plus près des territoires en Meurthe-et-Moselle

Entretien avec Claude Bisson-Vaivre . . . . . 17

#### Accueillir les enfants ayant un problème de santé

Entretien avec Alain Thilly . . . . . 19

#### Troubles de l'apprentissage : la Marne joue la carte du partenariat

Claire Lorton, Christine Brasselet, Sylvie Fontaine . . 21

#### Dans les Yvelines, prévenir la souffrance psychique chez les ados

Françine Hirtz, Suzanne Wipff, Catherine Isserlis . . 22

#### Quelle formation en éducation à la santé pour les enseignants ?

Franck Pizon, Didier Jourdan . . . . . 25

#### Éduquer à la responsabilité et à la citoyenneté

##### Apprends à porter secours... et connais-toi toi-même

Pierre Martin . . . . . 27

#### L'éducation à la sexualité, pour prendre confiance en soi

Entretien avec Olivier Bihel . . . . . 29

#### Profession, infirmier scolaire en Guyane

Entretien avec Maurice Joseph . . . . . 31

#### Sensibiliser à la nutrition dès 6 ans

Claudine Vigier . . . . . 33

#### Sevrage tabagique et lycéens, un défi d'émancipation

Stéphane Tessier, Émilie Bissette . . . . . 36

#### Un tour du monde de la promotion de la santé à l'école

Ian M. Young . . . . . 38

#### Pour en savoir plus

Olivier Delmer . . . . . 40



Illustrations : Isabelle Chatellard

## ► Qualité de vie

### Cannabis : voyage au cœur d'une consultation de prévention et de soins

Denis Dangaix . . . . . 44

#### « Avec le cannabis, on est très loin de ce que l'on connaît sur l'alcool »

Entretien avec Michal Raynaud . . . . . 46

## ► Lectures – outils

Olivier Delmer, Anne-Sophie Mélard, Anne Sizaret . . 48

## ► Index 2005

Encart central

**Précision :** Suite à une erreur technique intervenue dans le N° 379, l'un des deux auteurs de l'article « Éduquer à la sexualité pendant les années collège » (pages 17 à 19) n'a pas été mentionné. Il s'agit du Docteur Élisabeth Guffroy, médecin de l'Éducation nationale. Avec nos excuses. La rédaction

# À Bruxelles, le porte-à-porte pour éduquer à la santé

**Depuis 2001, les professionnels de la santé et du social travaillent ensemble à améliorer les conditions de vie en matière de santé et d'environnement dans un quartier délabré de Bruxelles. À partir d'un diagnostic établi par les habitants eux-mêmes, des outils sur mesure ont été conçus pour informer la population des dangers de l'habitat insalubre, présence de plomb notamment. Ils sont utilisés en équipe par les médecins, assistantes sociales et autres intervenants, qui effectuent des visites à domicile.**

C'est une action de promotion de la santé et de l'environnement dans un quartier populaire de Bruxelles. Elle s'intitule Santé & Environnement et se déroule dans le quartier des Marolles, au cœur du centre historique de Bruxelles. Ce quartier est un paradoxe sur le plan de l'habitat : on y trouve à la fois des cités d'habitat social, des logements vétustes, voire des taudis, et des habitations de prestige. Les Marolles brassent une population aux origines très diverses – belge, espagnole, portugaise, marocaine, africaine (subsaharienne), latino-américaine... – et aux revenus modestes et souvent précaires (allocations de chômage, revenu minimum d'insertion, etc.). Une autre caractéristique du quartier est la densité du réseau associatif qui cherche à répondre aux besoins de cette population.

## Un partenariat santé-social

L'action Santé & Environnement est née, en 2001, des constats de ces associations concernant l'environnement tant extérieur qu'intérieur : dans l'espace public, dépôts clandestins d'immondices, trottoirs jonchés de déjections canines, manque d'espaces de jeux ; dans le logement, humidité, exigüité, manque de confort sanitaire, problèmes techniques liés au bâti, sans compter les plaintes relatives aux relations entre propriétaires et locataires.

Le lancement de cette action a été facilité par un contexte favorable : en 2000, la Région de Bruxelles-Capitale a débloqué un budget pour financer un Contrat de Quartier<sup>1</sup> dans la partie basse des Marolles (quartier Tanneurs).

Plusieurs associations du quartier, qui travaillaient sur des pistes d'action possibles, ont profité de l'occasion pour déposer un projet baptisé « Promotion de la santé et de l'environnement ». Ce projet repose sur un partenariat qui réunit deux collectifs de santé – la Maison médicale des Marolles et le Centre de santé du Miroir –, l'association Habitat et Rénovation, une antenne du Centre public d'aide sociale de la Ville de Bruxelles et un service social, le Centre d'action sociale globale de l'Entr'Aide des Marolles, promoteur du projet. Ce partenariat donne au projet une dimension multidisciplinaire, regroupant assistantes sociales, infirmières en santé communautaire, licenciée en éducation pour la santé, médecin, etc.

Les objectifs du projet Santé & Environnement sont les suivants :

- améliorer les conditions de vie en limitant l'impact des facteurs environnementaux défavorables à une bonne santé physique et mentale ;
- favoriser l'épanouissement individuel et collectif, la qualité des liens sociaux, développer le sentiment d'appartenance et l'appropriation du quartier par ses habitants ;
- responsabiliser les habitants par rapport à la gestion de l'énergie, à l'hygiène, à l'entretien, et motiver à l'embellissement du logement ;
- potentialiser les ressources humaines et organisationnelles du quartier.

## Un diagnostic communautaire

Pour atteindre ces objectifs, diverses approches complémentaires ont été développées, débouchant sur un en-

semble d'actions décrites ci-après. Mais, avant de mettre ces actions en place, les partenaires du projet ont souhaité recenser les besoins des habitants du quartier : quelles difficultés rencontreraient-ils dans leur logement ? Comment investiraient-ils celui-ci ? Quel lien entre leur santé et la qualité du logement ? Comment s'approprieraient-ils leur quartier ? Quels liens avaient-ils entre eux ? etc. Sur la base d'un questionnaire semi-directif établi à la mi-2001, les membres du groupe Santé & Environnement ont sillonné les Marolles, interrogeant cent vingt et une personnes, un échantillon représentatif des grandes tendances sociologiques du quartier. Cette méthode a permis de rencontrer des habitants qui ne fréquentaient ni les services sociaux, ni les associations.

Voici les principales conclusions de cette enquête/diagnostic communautaire (1). À noter qu'il s'agit de points négatifs mais l'enquête fait apparaître également des points positifs, comme le caractère convivial du quartier.

- La malpropreté des rues : « *c'est sale, c'est la capitale n° 1 de la saleté* » ; « *les gens jettent tout par terre sans scrupule, alors que le personnel de la Ville vient de nettoyer* ».
- Le sentiment d'insécurité : « *après 18 h, généralement on évite de sortir* » ; « *difficultés car il y a du vandalisme* ».
- La pollution intérieure : 30,6 % des personnes interrogées vivent un problème d'humidité ; 46,3 % ont un logement infesté de cafards.
- La pollution extérieure : 51,7 % se plaignent du bruit.



D.R. CENTRE D'ACTION GLOBALE DE L'ENTRÉE DES MAROLLES

### Logement, sécurité et santé

C'est sur la base de ce constat que ce projet s'est ensuite développé. Concernant le logement, la première action concrète a été menée à différents moments depuis 2001, dans différentes associations et écoles : la *Maison des dangers* est un module d'animation constitué de grands panneaux représentant les pièces d'une habitation en trompe-l'œil que l'on place dans une pièce (salle d'attente, bureau, etc.) en y ajoutant les objets usuels (table dressée, lit d'enfant, table à repasser, casseroles, pharmacie, etc.). L'objectif est d'amener parents et enfants à repérer les différents risques d'accidents, à adopter des mesures de prévention et à prendre connaissance des premiers soins. Centré sur les accidents domestiques, ce module devait permettre d'aborder également la question de l'insalubrité. Mais il est vite apparu difficile d'aborder ce problème en groupe et hors du domicile. Il fallait adopter une autre stratégie : une démarche encore plus proactive.

Mesure pilier du projet, des *formations* ont été dispensées (par un expert de l'association Habitat Santé) à des professionnels, pour qu'ils sachent quels conseils prodiguer en matière de salubrité lors d'une visite à domicile. Thèmes abordés : l'humidité et les moisissures, le monoxyde de carbone et le plomb, les acariens et les cafards. Quatre séances ont eu lieu en 2003 et en 2005, accueillant une centaine de pro-

fessionnels : assistantes sociales, infirmières, aides ménagères, aides familiales, techniciens des logements sociaux, médecin, etc.

### Une aide à la visite au domicile

En 2004, le travail a essentiellement porté sur les outils dont il faudrait disposer lors des visites à domicile. Un *kit d'animation* « gestion du logement » a été conçu, abordant quatre thèmes prioritaires : la lutte contre l'humidité et les cafards d'une part, les économies de gaz et d'électricité d'autre part. De nombreuses brochures abordaient ces thèmes, mais dans un langage inadapté à un public peu familiarisé avec l'écrit, maîtrisant souvent mal le français et parfois même illettré. Par ailleurs, des travaux menés sur la communication par l'association Question Santé ont souligné que le public populaire est prioritairement demandeur d'un contact, d'échanges avec un professionnel, plutôt que d'un support d'information écrit. Et que le seul support souhaitable devait privilégier l'image.

Le groupe a donc décidé de créer des brochures originales avec pour mot d'ordre « tout à l'image » : celle-ci devait livrer l'essentiel du message, le texte étant bref et n'apportant en complément que des nuances ou des précisions. La recherche de financement fut particulièrement laborieuse. Ces brochures ne sont pas destinées à une diffusion non ciblée ; elles constituent un

support pour la discussion entre le travailleur médico-social et l'habitant, et un aide-mémoire à l'intention de ce dernier. Elles font partie d'un kit qui se présente sous la forme d'une petite valise comprenant également du matériel technique (thermomètre-hygromètre, compteur de consommation d'électricité, appareil de mesure d'humidité des murs, plaquettes anticafards et ampoules électriques économiques), un vademecum et des brochures abordant les mêmes thèmes de façon plus approfondie à l'intention du travailleur médico-social. Des partenariats sont établis avec des associations plus spécialisées comme Habitat et Santé et le Centre urbain, déjà cités, qui peuvent prendre le relais quand les problèmes à affronter sont trop complexes.

Après plusieurs présentations publiques de ce kit, il est clair qu'il trouve un écho chez les travailleurs médico-sociaux en mal de réponse face aux problèmes d'hygiène dans le logement. Une évaluation a été mise en place et, fin 2006, les informations obtenues devraient permettre d'en tirer des leçons et de réajuster éventuellement le projet.

### Le manque de participation des habitants

Dans le cadre de cette action, plusieurs autres initiatives ont été menées depuis 2001. L'enquête préalable soulignait que les habitants se plaignaient du manque d'espaces verts dans le quartier. L'agglomération étant riche en lieux de villégiature, des promenades vertes sont organisées depuis 2001 pour les adultes et les enfants. Enfin, les partenaires de l'action Santé & Environnement ont organisé à deux reprises une *journée propreté* dans le quartier, avec le soutien d'un comité d'habitants : la matinée était consacrée au nettoyage des rues, réunissant habitants, ouvriers communaux et associations, l'après-midi étant ouvert aux activités ludiques sur le thème de la propreté. Les habitants se sont montrés preneurs du projet mais, étant donné leur manque d'expérience et de temps, ce sont des professionnels qui ont dû « porter » l'organisation de ces journées. Bien que l'initiative revienne à un groupe d'habitants et que la malpropreté soit un réel problème pour les habitants, on doit regretter un manque de participation active chez ceux-ci.

Quelle a été l'influence de cette action sur les habitants du quartier et les professionnels qui ont assuré le relais ? Une première évaluation du projet a été réalisée en 2002 par Christine Gilles, membre du groupe Santé Environnement, dans le cadre de son mémoire (2). Le bilan est plutôt positif. La conclusion de son évaluation souligne en particulier que les actions menées répondent en grande partie aux objectifs fixés pour le projet général. Néanmoins, cette évaluation pointe un certain manque de méthode, notamment lors de l'élaboration du questionnaire, la planification des actions, ainsi qu'au niveau de la définition des objectifs généraux. Ce constat a contribué à la prise de conscience, par le groupe, de l'importance des aspects de méthodologie. C'est pourquoi nous nous sommes entourés de spécialistes, et le projet est depuis lors supervisé par Alain Cherbonnier, de l'association Question santé.

**Florence Goens  
Delphine Louterman**

Assistantes sociales, Centre d'action globale de l'entr'Aide des Marolles.

Avec le concours d'**Alain Cherbonnier**,  
Question santé ASBL,  
Bruxelles, Belgique.

1. Lancés en 1994, les « contrats de quartier » sont des programmes régionaux de revitalisation de périmètres urbains délimités, au travers de cinq volets : trois concernent le logement, un l'espace public et un la cohésion sociale. L'avis des habitants est pris en compte au sein d'une commission locale de développement intégré. Les acteurs locaux, notamment les associations, sont invités à déposer des projets dans le cadre du contrat de quartier.

## ► Références bibliographiques

(1) Gilles C. (sous la dir.) avec la participation de Louterman D. et de Duparc V. *Promotion de la santé et de l'environnement : enquête auprès de la population. État des lieux en matière de santé et d'environnement dans le quartier Tanneurs*. Groupe Santé & Environnement, 2002.

(2) Gilles C. *Évaluation à mi-parcours du projet : promotion de la santé et de l'environnement dans le cadre du contrat de quartier Tanneurs*. Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du titre de « licencié en sciences de la santé publique », 2001-2002.

## Partir des préoccupations des habitants et travailler en réseau

**Éducatrice pour la santé, assistante sociale, médecin généraliste exerçant en maison médicale : trois professionnels impliqués dans l'action Santé & Environnement des Marolles depuis 2001 analysent l'intérêt de ce projet, mais aussi ses limites.**

**Bénédicte Hanot, licenciée en éducation pour la santé, maison médicale des Marolles : « Difficile de se baser sur des données objectives »**

« À la maison médicale où je venais d'être engagée, je me suis vite rendu compte que le logement était une préoccupation des médecins généralistes. De leur côté, les intervenants des associations insistaient sur l'importance d'améliorer l'environnement et d'impliquer les habitants. Nous nous sommes mis autour de la table. De cette concertation est née, rapidement, l'idée d'aller à la rencontre des habitants et de voir comment ils percevaient leur logement et leur quartier. L'arrivée d'une infirmière en santé communautaire suivant une formation en santé publique nous a fait réfléchir sur l'aspect santé à inclure dans le questionnaire destiné aux habitants. (...) Ce ne fut pas simple. Dans les problèmes de santé liés au logement, il est difficile de se baser sur des données objectives, de faire un diagnostic précis. Nous avons d'ailleurs participé à un groupe de travail comprenant des experts, des spécialistes en pollutions intérieures. À ce moment, beaucoup d'inconnues subsistaient : le lien entre les polluants, le logement et les différents problèmes de santé n'était pas encore bien défini. L'intégrer dans notre questionnaire n'était donc pas possible. »

**Florence Goens, assistante sociale, coordinatrice du projet et effectuant des visites à domicile : « Bâtir notre action sur les préoccupations des habitants »**

« Les différentes activités portées par le projet Santé & Environnement suivent une logique ; nous avons rebondi de l'une à l'autre, mais toujours guidés par notre fil rouge : les résultats de l'enquête auprès des habitants. Il est dommage que le rapport d'enquête n'ait pas dépassé l'échelon du quartier : même s'il a été transmis à des autorités communales et régionales, il n'y a jamais eu de retour. Mais ce dont nous sommes sûrs, c'est de l'intérêt que cela a représenté pour nous. Ce travail nous a éclairés sur les préoccupations des habitants et, par la suite, nous avons pu vérifier que nos différentes actions collaient bien à ces préoccupations. (...) Ce qui est intéressant dans ce projet, c'est de travailler avec des associations et des services tout à fait différents du nôtre. On a pu rencontrer des gens très intéressants avec un

regard parfois plus "pointu" et créer un réseau local de professionnels. J'espère qu'à l'occasion de la diffusion du kit d'animation, ce réseau s'élargira au niveau de la Région bruxelloise. L'adhésion que suscite cet outil pédagogique est impressionnante. Tous ceux à qui nous l'avons présenté le trouvent convivial, intéressant et ludique. Face au sentiment d'impuissance des travailleurs sociaux quant à la crise du logement à Bruxelles, cet outil ouvre une nouvelle porte pour aborder les choses de manière différente. »

**Véronique Duparc, médecin généraliste, maison médicale des Marolles : « L'intérêt de travailler en réseau avec les intervenants sociaux »**

« J'étais déjà sensibilisée à la question du logement en lien avec la santé. Depuis plusieurs années, on se retrouvait face au facteur logement. Le projet Santé & Environnement nous a permis de travailler en réseau par rapport à cette problématique et d'apprendre à mieux connaître ce qui existait comme ressources dans les Marolles. Avant, je passais le relais à Solidarités nouvelles<sup>1</sup>, maintenant, je suis mieux armée pour répondre aux gens et je peux les orienter vers d'autres lieux parfois plus adéquats. À force d'entendre parler de thèmes comme l'humidité, je sais mieux à quoi je dois être attentive lors d'une visite à domicile. Je sais ce que je dois chercher ; des réflexes se développent. Et, quant au kit d'animation, les brochures représentent vraiment un outil approprié à la population que l'on rencontre ici, parmi laquelle des personnes ne savent ni lire ni écrire. (...) Il est difficile de connecter ces deux pôles : la santé et le social. Le projet Santé & Environnement présente de nombreux aspects intéressants, mais le pôle santé y est encore en retrait par rapport au social. Par contre, dans un groupe de médecins généralistes auquel je participe, c'est plutôt la dimension sociale qui reste trop discrète. Il n'est pas toujours facile de regrouper nos forces, chacun ayant ses spécificités mais surtout ses préoccupations et ses attentes. »

1. Association de Bruxelles offrant une aide juridique en matière de logement, aide sociale, emploi et sécurité sociale.

# Santé à l'école : tout un programme

La mission première de l'école est de transmettre des savoirs. Cependant, parce qu'il existe un lien réel entre santé, apprentissages et acquisition des savoirs, parce que les établissements scolaires sont fréquentés quotidiennement par tous les enfants âgés de six à seize ans, il leur appartient, aussi, de veiller à la santé des jeunes qui leur sont confiés. De quelle façon la santé des élèves est-elle prise en compte durant leur scolarité ? Telle est la question à laquelle nous apportons des éléments de réponse dans ce numéro. En préalable, il est utile de préciser que nous avons considéré la santé dans son acception la plus large, intégrant ses dimensions non seulement physique, mais aussi psychique et sociale. Ainsi, sont abordés des domaines aussi divers que les recueils de données relatives à l'état de santé des élèves, la prévention, l'accueil des enfants malades, la formation, la mise en œuvre de l'éducation à la santé, etc.

Afin d'étayer cette approche globale de la santé des élèves, nous avons sollicité des experts aux compétences complémentaires, issus d'horizons multiples, pour partager leurs expériences et leurs réflexions. Nous remercions vivement ces auteurs pour leur contribution à ce numéro.

Ainsi, parmi les personnels de l'Éducation nationale, ont pu être interrogés aussi bien des professionnels au contact quotidien avec les élèves (infirmier, médecin, conseiller principal d'éducation, etc.) que des professionnels chargés d'animer et de former des équipes ou encore d'élaborer des projets académiques de santé (médecins et infirmiers conseillers techniques, inspecteur d'académie, etc.). D'autres sont des partenaires extérieurs à l'Éducation nationale travaillant en partenariat étroit avec la communauté éducative (comité régional d'éducation pour la santé, médecins libéraux, centre médico-pédagogique, etc.) ou encore participant à l'analyse et à l'évaluation des données (Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques, etc.).

Ce dossier est organisé en trois parties :

- la première fait état de deux enquêtes qui permettent d'appréhender quantitativement et qualitativement l'état de santé des élèves : l'une correspond à un cycle triennal d'enquêtes réalisées par la Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques et la Direction de l'enseignement scolaire, l'autre concerne l'étude européenne *Health Behaviour in School-aged Children* ;
- la deuxième est consacrée aux différentes formes que revêt le partenariat entre les ministères chargés de la Santé et de l'Éducation nationale,

tant au niveau national que régional ou local. Un article présente les différentes modalités de partenariat entre la Direction de l'enseignement scolaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Deux autres articles sont consacrés à l'articulation entre les programmes de santé académiques et les programmes de santé régionaux, pour les académies d'Amiens et de Nancy-Metz. Enfin, sont décrites les modalités du travail en réseau mené au niveau local, en particulier sur trois thèmes : le projet d'accueil individualisé, les troubles des apprentissages, et la prévention des souffrances psychiques ;

- la troisième concerne plus particulièrement l'éducation à la santé. Un article aborde la question de la formation des enseignants dans ce domaine. Des actions d'éducation à la responsabilité, à la santé et à la citoyenneté sont ensuite présentées autour des thèmes suivants : apprentissage des premiers secours, éducation à la sexualité dans deux lycées, l'un à Saint-Étienne et l'autre à Saint-Laurent-du-Maroni, éducation nutritionnelle et lutte contre le tabagisme.

Enfin, l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé propose une synthèse sur la manière dont d'autres pays prennent en compte la santé à l'école.

Malgré sa richesse et sa diversité, ce dossier n'en est pas pour autant exhaustif, en raison de contraintes éditoriales. Certains sujets ne sont donc pas évoqués, tels que la prévention des conduites addictives ou encore la visite médicale obligatoire de la sixième année...

Ce dossier est le fruit d'une collaboration étroite entre la Direction de l'enseignement scolaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Il se veut l'illustration d'un partenariat qui se développe entre des institutions qui ont chacune leurs missions propres mais se rejoignent et mutualisent leurs compétences autour d'un objectif commun : la santé des jeunes.

**Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**, Chargées de mission, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

**Christine Kerneur**, Infirmière conseiller technique, **Félicia Narboni**, Responsable du dossier éducation à la santé et à la sexualité,

**Jeanne-Marie Urcun**, Médecin conseiller technique, Direction de l'enseignement scolaire, bureau « Action sanitaire et sociale et prévention », ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

## L'école, lieu d'exercice des responsabilités

Chaque année, en France, environ douze millions d'élèves fréquentent les établissements scolaires. Si la famille constitue pour eux le cadre le plus important de leur développement, l'école a aussi la responsabilité particulière de veiller à leur santé et de les préparer à leur future vie d'adulte et de citoyen. Dans cette perspective, trois objectifs prioritaires sont à prendre en compte : favoriser l'adoption de comportements favorables à leur santé, repérer et suivre les problèmes de santé, développer un environnement propice à leur épanouissement.

**« Le milieu scolaire constitue un espace de socialisation, d'apprentissages et de pratiques de la citoyenneté. Ces trois dimensions sont partie intégrante de la politique éducative et de santé. »**

Ainsi, lieu d'acquisition de savoirs et de compétences, le milieu scolaire constitue aussi un espace de socialisation, d'apprentissages et de pratiques de la citoyenneté. Ces trois dimensions sont partie intégrante de la politique éducative et de santé, dont l'objectif principal est de contribuer à la réussite de tous les élèves et à l'égalité des chances, de veiller à leur bien-être et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. Cette politique de promotion de la santé est fondamentale dès lors que des problèmes de santé ou des carences de soins sont susceptibles d'engendrer des difficultés d'apprentissage ou de mettre les élèves en situation d'échec scolaire. Ces responsabilités de l'école sont réaffirmées dans la loi d'orientation et de programmation pour l'avenir de l'école.

La santé des élèves n'incombe certes pas à la seule Éducation nationale, néanmoins les missions qui lui sont confiées dans ce domaine participent à la politique générale du pays en matière de santé publique et nécessitent l'organisation de partenariats ainsi que la mutualisation de compétences. Le partenariat entre le

ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé s'avère ainsi essentiel. Depuis 2003, un contrat-cadre lie ces deux institutions afin de définir des objectifs communs en faveur de la santé des enfants et des jeunes, et de favoriser la cohérence des activités dans des domaines jugés prioritaires. Dans ce cadre, l'INPES développe un programme en direction des enfants et des jeunes scolarisés. De nombreuses activités de ce programme viennent renforcer les dynamiques en place, selon des modalités diverses : enquêtes, méthodes, élaboration et diffusion d'outils, échanges, etc.

Le partenariat très actif tissé avec la direction de l'Enseignement scolaire fait l'objet d'une convention, actualisée par avenant chaque année. Progressivement, cette politique de collaboration génère une dynamique qui irrigue, peu à peu, le système scolaire et les réseaux locaux d'éducation pour la santé.

Aujourd'hui, la participation de tous les professionnels alliant la diversité et la complémentarité des compétences semble en effet acquise. Cette dynamique vient d'être renforcée par l'inscription du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) dans le récent décret relatif au fonctionnement des établissements publics locaux d'enseignement (Eple)<sup>1</sup>. Ce décret vise, en particulier, à favoriser le décloisonnement et le travail transversal nécessaires à l'organisation d'une politique de prévention, d'éducation à la santé et à la citoyenneté en milieu scolaire.

Parallèlement, la formation et la recherche font l'objet d'un travail spécifique : en juin dernier, la conférence des directeurs d'IUFM<sup>2</sup> a approuvé un projet de développement de l'éducation à la santé dans la formation initiale des enseignants. Un master d'éducation pour la santé en milieu scolaire porté par l'IUFM de Clermont-Ferrand et l'ENSP vient de former ses premières promotions<sup>3</sup>. Une équipe de recherche

Dossier coordonné par **Sandrine Broussouloux** et **Nathalie Houzelle**, de l'INPES et **Christine Kerneur**, **Felicia Narboni** et **Nadine Neulat** du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

« éducation à la santé en milieu scolaire » vient d'être reconnue, ce qui augure d'un développement de la recherche liant à la fois les problématiques de santé et celles de l'éducation. Cette équipe de recherche pluridisciplinaire dédiée à l'éducation à la santé en milieu scolaire constitue une première en France. Dans le même temps, l'INPES, relevant le déficit de recherche dans ce domaine, lance un appel à projet pour soutenir et faire avancer les connaissances. Autre dynamique instaurée au niveau régional cette fois : dans la nouvelle loi de santé publique d'août 2004, les recteurs sont membres des groupements régionaux de santé publique (GRSP) et, dans chaque programme régional de santé publique (PRSP), un volet est dédié à l'éducation à la santé en milieu scolaire. Ainsi, pour la première fois, les acteurs de l'Éducation nationale sont d'emblée associés à la décision et à la mise en œuvre des politiques publiques dans ce domaine.

En dépit de ces perspectives constructives, de nombreux défis restent encore à relever pour que les élèves bénéficient, chaque jour, de cette politique ambitieuse. L'articulation des compétences à tous les niveaux d'intervention nécessite encore une réflexion approfondie, de même que la place et la participation des parents et des professionnels hors Éducation nationale.

Ce dossier a pour vocation de faire connaître, soutenir et valoriser les dynamiques en cours dans les écoles, les collèges et les lycées ainsi que de faire naître de nouvelles initiatives.

**Annick Fayard**

Directrice de la direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

**Nadine Neulat**

Chef du bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention à la Direction de l'enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Paris.

1. Décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005, article 20, modifiant le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement, JO n° 212 du 11 septembre 2005.

2. La CDIUFM rassemble les directeurs des trente et un instituts universitaires de formation des maîtres. Elle est reconnue et soutenue par le ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

3. Le master professionnel en éducation pour la santé en milieu scolaire : « Éducation et promotion de la santé et des jeunes scolarisés », université d'Auvergne Clermont-1, appuyé par l'ENSP et l'IUFM de Lyon, est proposé aux étudiants de maîtrise, aux médecins de l'Éducation nationale, aux enseignants du premier et du second degré, aux cadres de l'Éducation nationale, aux personnels sanitaires et sociaux, aux cadres et animateurs des différents secteurs.

# Enquête HBSC : un éclairage sur la période de l'adolescence

**Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête internationale menée auprès d'élèves âgés de 11, 13 et 15 ans. Au-delà des statistiques, les jeunes y livrent aussi des confidences sur leur bien ou mal-être. Cette enquête est utilisée par les acteurs de terrain et les décideurs dans le cadre des programmes régionaux de santé publique. Elle a également servi de référence pour mesurer le stress des adolescents après l'explosion de l'usine AZF, à Toulouse. Interview de l'un des responsables de l'enquête en France, Félix Navarro.**

**La Santé de l'homme :** *Vous êtes médecin conseiller technique au rectorat de Toulouse et l'un des auteurs de l'enquête HBSC<sup>1</sup> en France. Comment avez-vous travaillé ?*

**Félix Navarro :** Au niveau national, un comité de pilotage est chargé d'organiser la logistique de l'enquête sur le terrain et de proposer des questions au réseau international, en fonction des préoccupations de santé propres à chacun des pays. Ainsi, en France, les questions relatives à la violence en milieu scolaire et à l'asthme sont présentes alors qu'elles ne figurent pas dans les questionnaires d'autres pays. Dans le prochain questionnaire, nous allons proposer au comité de pilotage international d'inclure des questions sur la perception des élèves handicapés par les élèves non handicapés, avec des questions du type : « *Si dans ton collège un élève est handicapé, l'aides-tu à porter son plateau-repas à la cantine ?* » La dimension internationale est intéressante car elle permet d'enrichir les points de vue : par exemple l'Italie intègre massivement et depuis plus longtemps que nous le thème des élèves handicapés. Ce va-et-vient constant entre les membres du réseau est très enrichissant sur le plan intellectuel.

**S. H. :** *Comment l'enquête est-elle perçue par les élèves interrogés ?*

Les enquêteurs – avec lesquels nous sommes en lien direct – sont des personnels de santé et sociaux de l'Éduca-

tion nationale ; l'intérêt est qu'ils sont perçus différemment des enseignants par les élèves, ce qui renforce la confidentialité. Le questionnaire est remis aux élèves, qui le scellent eux-mêmes, puis est placé devant eux dans une enveloppe retour, ce qui les rassure complètement. Ce point est important, car, entre 11 et 15 ans, les élèves livrent parfois des informations personnelles et intimes, comme par exemple le fait d'avoir déjà fumé une cigarette ou de ne pas encore avoir eu de rapport sexuel.

On s'aperçoit – au travers de leurs réponses – que remplir ce questionnaire présente un intérêt immédiat pour les élèves eux-mêmes. Le questionnaire parle d'eux, dans des termes qu'ils comprennent. Il est généraliste, il s'intéresse à leur santé, à leur vie à l'école, à leurs relations avec leurs parents, avec leurs pairs. À la fin, il y a une page libre où on leur demande « *Qu'as-tu pensé de ce questionnaire ?* » et la très grande majorité d'entre eux a beaucoup de choses à dire, et rarement une remarque du

type « *C'est super, j'ai pu louper le cours de math !* » En général, ils nous disent que c'est la première fois qu'ils ont pris le temps de réfléchir à eux-mêmes, ils estiment en particulier qu'ils ont de « bons parents », qui s'occupent bien d'eux, même si jusqu'à présent ils n'en avaient pas forcément conscience. Ils disent aussi avoir pris conscience de leur consommation d'alcool ou de tabac par exemple. Cela a presque un côté « thérapeutique » parfois. Bref, cela leur apporte quelque chose.

### **S. H. : Quels résultats vous viennent immédiatement à l'esprit ?**

Globalement nos jeunes vont bien, même s'ils ont des problèmes. On leur demande ce qui leur fait le plus « peur » et le plus « plaisir ». À 11 ans ce qui fait le plus « peur », c'est que leurs parents divorcent. À 11-13 ans, le plaisir est souvent lié aux parents : plaisir à se promener et à être avec eux par exemple. À 15 ans, le plaisir, pour les garçons, tourne autour des copains, du sport, du fait d'avoir un cyclomoteur, etc. Sur un tout autre plan, entre les deux tours de l'élection présidentielle, pour les plus âgés, on a vu apparaître des thématiques en lien avec la politique ou le

racisme, ce dernier thème étant un sujet d'inquiétude pour eux. Les réponses sont très spontanées, parfois un peu naïves, témoignage du fait qu'ils vont bien, qu'ils n'ont pas – pour la plupart d'entre eux – de préoccupations majeures.

### **S. H. : Quels sont les sujets que les jeunes abordent ?**

La sexualité, l'émergence de la puberté. Les filles disent qu'elles ont peur de la première fois, les garçons sont préoccupés de ne pas avoir déjà eu un rapport sexuel. Ils abordent aussi la question de la consommation des psychotropes, du tabac et de l'alcool principalement, un peu du cannabis. Mais notre plus grosse surprise a été de voir qu'un de leur problème récurrent était la scolarité ! L'ennui à l'école va croissant avec l'âge ; à l'adolescence, l'émergence de la sexualité peut être une explication. C'est une donnée constante dans tous les pays européens, cependant nous sommes un des pays où cet ennui est le plus fort. Il n'y a pas d'explication simple à ce constat, tout au plus peut-on envisager que notre système scolaire plus sélectif vient peut-être renforcer cette tendance. En tout cas, ce sont des indicateurs intéressants.

### **S. H. : Comment utilisez-vous ces résultats au niveau national ou régional ?**

Le rectorat de Toulouse s'est investi dans le pilotage de cette enquête parce que nous pensons que cet outil peut faire changer les choses. Nous utilisons les résultats de plusieurs manières. Par exemple, lors d'une formation pour les chefs d'établissement sur les psychotropes, j'ai appuyé mon intervention sur les résultats de l'enquête. Autre exemple : depuis deux ans, nous travaillons sur le tabac et nous avons lancé un concours « tabac » auprès des élèves. Nous avons produit un document de six pages à partir des résultats du concours et des données de l'enquête HBSC, qui a été distribué à chaque élève de 5<sup>e</sup> par le biais des enseignants en éducation civique, qui en ont profité pour faire une intervention. On avait déjà une approche positive de la santé et une démarche d'action qui partait des préoccupations des jeunes, de leur réalité, et l'enquête HBSC est un formidable outil pour appréhender cette réalité.

Cette enquête « parle » aux jeunes et nous permet de leur renvoyer une « photographie » précise sur tous les thèmes qui les concernent. Les résultats de l'enquête sont également pris en compte dans le cadre de l'élaboration de la politique régionale de santé, notamment dans les programmes régionaux de santé publique (PRSP).

Plus ponctuellement, à Toulouse, la méthodologie HBSC nous a servi – après l'explosion de l'usine AZF – à lancer rapidement, quelques mois après le drame, une enquête pour mesurer le stress post-traumatique des enfants de la zone concernée. Grâce à HBSC, nous avions déjà des résultats qui permettaient d'avoir des données sur la situation avant l'explosion. L'infrastructure d'enquête est en place et cela permet non seulement d'avoir une base de résultats à laquelle on peut se référer mais également d'être très réactifs et de lancer une grande enquête rapidement et à moindre coût en cas de besoin<sup>2</sup>.

### **S. H. : Et sur l'ensemble du territoire ?**

Les résultats sont réunis dans un ouvrage<sup>3</sup> publié par l'INPES en septembre 2005. Ils seront également mis en ligne sur le site Éduscol, du ministère de l'Éducation nationale. Il est cependant difficile de se les approprier à partir de la seule lecture de ce document. C'est plus aisé dans le cadre d'une formation. Il faudra attendre la publication des résultats de la seconde vague d'enquête nationale, en 2006, pour que les académies s'en emparent réellement. Les retombées ne seront pas immédiates, mais la dynamique est lancée.

Propos recueillis par  
**Sandrine Broussouloux**  
et **Nathalie Houzelle**

## **Une enquête essentiellement européenne**

L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* est réalisée, en France, depuis 1994 sous l'autorité du ministère de l'Éducation nationale. La version 2001-2002 est pilotée par le rectorat de l'académie de Toulouse en partenariat avec l'Inserm (unité 558). Sa valorisation s'inscrit dans le cadre de la convention de partenariat entre le ministère de l'Éducation nationale et l'INPES. C'est une enquête d'envergure internationale essentiellement réalisée en Europe, pilotée par l'Organisation mondiale de la santé, qui mobilise trente-cinq pays. Elle interroge des élèves de 11, 13 et 15 ans sur leurs comportements, croyances et attitudes face à la santé. Cette enquête aborde principalement les thématiques suivantes : « alimentation et régime », « activité physique », « comportements à risque », « violence et blessures », « familles », « pairs », « santé positive/environnement scolaire », « inégalités sociales ». Le questionnaire comporte un ensemble de questions identiques depuis vingt ans, auquel s'ajoutent des modules de questions variables suivant les versions de l'enquête.

1. *L'enquête Health Behaviour in School-aged Children a été étendue à toute la France métropolitaine en 2002, à la demande du groupe de pilotage international HBSC et du ministère de l'Éducation nationale.*

2. Godeau E., Vignes C., Navarro F., Lachan R., Ross J., Pasquier C., Guinard A. Effects of a large-scale industrial disaster on rates of symptoms consistent with posttraumatic stress disorders among schoolchildren in Toulouse. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2005 ; 159 : 579-84.

3. Godeau E., Grandjean H., Navarro F. (sous la dir.). La santé des élèves de 11 à 15 ans en France /2002. *Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children – HBSC.* Saint-Denis : coll. Baromètres santé, 2005 : 288 p.

## Paroles de jeunes

### Antoine, 15 ans : « Je n'ai peur de rien sauf d'affronter la réalité »

#### Qu'est-ce qui te fait le plus peur dans la vie ?

- « Le plus peur dans ma vie, c'est que mes parents divorcent ou qu'ils meurent et qu'on soit séparés, mes frères, sœurs et moi » (fille, 11 ans) ;
- « Je n'ai peur de rien dans la vie, si ce n'est d'affronter la réalité » (garçon, 15 ans) ;
- « L'inconnu et l'inconnue » (garçon, 15 ans) ;
- « Quand je ferai l'amour pour la première fois et l'épreuve du bac » (garçon, 13 ans) ;
- « Tout et rien. La mort » (fille, 13 ans) ;
- « J'ai peur de perdre ma famille » (fille, 13 ans) ;
- « Que mes parents divorcent. Qu'ils n'aient plus d'argent. Qu'ils soient malheureux. Que ma famille, mes meilleurs amis soient tristes, malades, malheureux. Que je ne fasse pas un métier agréable et que je rate mes études » (fille, 13 ans) ;
- « Le noir et lorsque mon père se met en colère » (garçon, 11 ans) ;
- « Ce qui me fait le plus peur dans la vie est l'école et les maladies (cancer) » (fille, 13 ans) ;
- « Ce qui me fait peur dans la vie est que ma mère meure car elle boit beaucoup de pastis et ça me fait peur » (fille, 13 ans) ;
- « Le viol, le racket, de perdre ma maman,

papi, mamie, oncle, tante, et un peu mon père » (fille, 11 ans) ;

– « De redoubler une classe » (fille, 13 ans) ;

– « Dans la vie, ce qui me fait le plus peur, c'est de grandir, d'être seule, d'être avec quelqu'un, de ne pas savoir faire les choses, de ne pas savoir parler suffisamment à ceux qui m'entourent. J'ai peur de ne pas être aimée » (fille, 13 ans) ;

– « J'ai peur de décevoir ma mère et mes amis. Et j'ai peur de grandir, de devoir trouver du travail, un appartement. De construire ma vie d'adulte » (fille, 13 ans).

### Léa, 13 ans : « Ce qui me fait le plus plaisir ?

#### Être entourée de gens bien et être heureuse comme je suis »

#### Qu'est-ce qui te fait le plus plaisir dans la vie ?

- « Les chevaux, la moto, la mécanique » (garçon, 15 ans) ;
- « Les copines, la famille, la danse (hip-hop), la chanson, le beau temps, les belles plages d'Amérique, les fêtes » (fille, 13 ans) ;
- « J'aime le sport, les amis, les sorties, le cannabis, délinquance, les filles, etc. » (garçon, 15 ans) ;
- « Être avec ma famille, mes amis, mes copains, copines, de partir en vacances et le plus important, d'être en bonne santé et surtout d'être heureuse comme je suis » (fille, 13 ans) ;
- « Jouer avec mes copains, passer du temps avec ma famille, rigoler, jouer à la console, regarder la télé. Man-

ger de nouvelles et bonnes choses et manger des bonbons et acheter des magazines » (garçon, 13 ans) ;

– « Boire et fumer, être avec des copains, faire l'amour » (garçon, 13 ans) ;

– « Être avec mes copains et copines, sortir et fumer, écouter de la bonne musique (techno, reggae, rap, etc.) » (fille, 13 ans) ;

– « Être entourée de gens bien, faire la fête, voir mes amis, m'apercevoir que ma famille et mes amis sont en bonne santé, la liberté, vivre et s'amuser ! (m'occuper de petits bébés) » (fille, 13 ans) ;

– « Mes parents sont gentils avec moi » (fille, 13 ans) ;

– « L'amour de mes parents, qu'il grandisse chaque jour » (garçon, 13 ans).

### Alexis, 12 ans : « Aider les adultes à nous comprendre »

#### Quelques opinions sur le questionnaire recueillies lors de l'enquête :

– « Je trouve qu'il est bien, car tu peux écrire ce que tu as sur le cœur. Et ce que je pense » (fille, 11 ans) ;

– « Ce qui est bien, c'est qu'on peut parler de ses problèmes familiaux » (garçon, 11 ans) ;

– « Ce questionnaire est intéressant, il m'a fait beaucoup réfléchir à propos de ma vie, mes peurs, mon école et ma famille » (fille, 11 ans) ;

– « Il y a des questions pénibles, bêtes. Mais il y a des questions intelligentes, personnelles » (fille, 13 ans) ;

– « J'ai trouvé que ce questionnaire n'était pas trop indiscret et que certaines questions m'ont permis de réfléchir sur moi-même » (fille, 15 ans) ;

– « Je pense que ce questionnaire va vous aider ; j'ai répondu le mieux possible, le plus sincèrement possible, en espérant vous aider. Je ne comprends pas en quoi les douleurs dans la poitrine vont vous aider. Mais ça va, ce n'était pas trop personnel. J'ai aimé répondre aux questions » (fille, 13 ans) ;

– « J'aime bien ce questionnaire car il aide les adultes à comprendre les enfants » (garçon, 13 ans) ;

– « Ce questionnaire est bien, mais je ne vois pas à quoi servent les questions sur le tabac, les drogues et les rapports sexuels. Sinon les questions posées m'aident à dire ce que je pense ou ce que j'aime » (fille, 15 ans) ;

– « Ce questionnaire était intéressant et j'ai été franche avec moi-même. Au début, je ne pensais pas faire ce questionnaire, mais finalement j'ai bien fait de le faire puisque je peux aider les autres » (fille, 13 ans).

Interview de Jean-Baptiste Herbet, chef de bureau, et Nathalie Guignon, chargée d'étude et d'enquête à la Drees.

# Une enquête pour observer la santé des élèves dans le temps

Depuis 1999, médecins et infirmier(e)s de l'Éducation nationale enquêtent sur la santé des élèves à trois moments de leur scolarité : maternelle, CM2, et 3<sup>e</sup>. Plus de cinquante mille enfants et adolescents ont été interrogés à ce jour sur leurs rythmes de vie et leur bien-être mental. Ces résultats cumulés vont permettre de comparer différentes générations d'enfants et d'adolescents. Les explications des responsables de l'enquête à la Drees.

**La Santé de l'homme : La Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) et le ministère de l'Éducation nationale mènent une étude sur la santé des élèves. Comment s'organise le travail d'enquête ?**

**Jean-Baptiste Herbet et Nathalie Guignon :** Tout d'abord, précisons le cadre : cette enquête sur la santé des élèves est menée depuis 1999 par les médecins et les infirmiers de l'Éducation nationale auprès de trois classes d'âge : les enfants de grande section de maternelle, les enfants de CM2 et les adolescents de 3<sup>e</sup>. Il s'agit d'un échantillon représentatif au niveau national des enfants scolarisés.

Un comité de pilotage a été constitué regroupant l'Éducation nationale (la Direction de l'enseignement scolaire, la Direction de l'évaluation et de la prospective), la direction générale de la Santé (DGS), l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et la Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Pour la première vague d'enquête, ont été interrogés trente mille enfants de grande section de maternelle dans mille six cents écoles durant l'année 1999-2000, puis plus de huit mille adolescents de troisième dans huit cents collèges en 2001-2002, et, enfin, huit mille enfants de CM2 dans mille cent soixante écoles en 2001-2002. Au terme de ce premier cycle d'enquête en milieu scolaire, une deuxième vague (grande section de maternelle, 3<sup>e</sup>, CM2) a été entamée à partir de l'année scolaire 2002-2003. Dès cette rentrée 2005-2006,

débutent la troisième vague d'enquêtes. Le nombre d'enfants enquêtés en grande section de maternelle est particulièrement important car l'enquête s'inscrit dans le bilan médical systématique des enfants réalisé dans leur sixième année (entre 5 et 6 ans).

**S. H. : Quelle est l'originalité de cette enquête ?**

Elle permet d'obtenir de manière régulière des données transversales sur la santé des élèves à trois moments clés de leur scolarité. Le questionnaire évolue au fur et à mesure des interrogations et des besoins des différents partenaires associés. Nous disposons de données « quasi longitudinales » (pseudo-cohorte) pour la génération des enfants nés en 1993-1994 (enquêtés en 1999-2000) que nous retrouvons (en termes de génération et non pas individuelle) en CM2 en 2004-2005.

Le questionnaire est adapté à l'âge de l'enfant. Ainsi, en grande section de maternelle, ce sont les parents qui répondent aux questions concernant les habitudes de vie de leur enfant. Les questions sont centrées sur le rythme de vie (notamment la fréquentation de la cantine et de la garderie), l'activité physique (activité de plein air, temps passé devant la télé, les jeux vidéo ou l'ordinateur), heure du lever et du coucher. D'autres questions sont également posées aux parents sur les habitudes alimentaires, les éventuels accidents survenus depuis la rentrée, ainsi que les problèmes respiratoires liés à l'asthme. Le médecin de l'Éducation nationale chargé de remplir le questionnaire effectue, comme pour tous les enfants

de cette tranche d'âge, un examen somatique et psychomoteur complet ; il renseigne sur l'existence de pathologies chroniques et vérifie le statut vaccinal. Enfin, il effectue des tests de langage. Pour l'enquête auprès des grandes sections de maternelle de 2005-2006, une question a été ajoutée. Elle concerne les allergies alimentaires et l'existence éventuelle d'un projet d'accueil individualisé (PAI).

En CM2, le médecin de l'Éducation nationale pose directement les questions à l'enfant, qui est le plus souvent sans ses parents. Les rubriques sont quasi identiques à celles du questionnaire des enfants de grande section de maternelle, excepté pour le langage.

Pour les adolescents de 3<sup>e</sup> (2003-2004), il y a deux questionnaires. L'un est rempli par le médecin de l'Éducation nationale, qui pose les questions à l'adolescent avec des rubriques semblables à celles des deux autres questionnaires, l'autre est un autoquestionnaire dit « qualité de vie », permettant d'apprécier certains aspects du bien-être mental de l'adolescent (relations avec son entourage, solitude, estime de soi, problèmes de poids, prise de médicaments, antidépresseurs, etc.) et son retentissement sur sa vie de tous les jours.

**S. H. : Comment sont diffusés et utilisés les résultats ?**

Les résultats sont publiés dans *Études et Résultats* (Drees), mais aussi dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (InVS), périodiquement dans *Données sociales* (ouvrage multithéma-

tique publié tous les quatre ans par l'Insee). L'Éducation nationale diffuse *Études et Résultats* aux inspections académiques et aux rectorats.

Ces enquêtes permettent des analyses comparatives selon des critères socio-économiques (Zep/non Zep, profession et catégorie socio-professionnelle des parents) mais aussi selon des critères géographiques, à partir des zones d'équipements et d'aménage-

ment du territoire (Zeat)<sup>1</sup>, voire par régions lorsque les effectifs sont suffisants (en particulier pour les enquêtes en grande section de maternelle). Nous nous efforçons de faire régulièrement des enquêtes ayant une représentativité régionale (ou académique), qui est la dimension pertinente pour les acteurs de terrain dont font partie les médecins et infirmières de l'Éducation nationale. Nous disposerons bientôt des données exploitables de deux cycles complets

d'enquêtes qui nous permettront de comparer différentes générations d'enfants et d'adolescents.

Propos recueillis par  
**Sandrine Broussouloux**  
et **Nathalie Houzelle**

*1. Les Zeat correspondent à des regroupements de régions, elles sont au nombre de huit en France métropolitaine (Ile-de-France, régions autour de l'Ile-de-France, Centre-Est, Est, Nord, Ouest, Sud-Ouest, Méditerranée), auxquelles s'ajoutent deux zones dans les Dom (Antilles-Guyane, Réunion).*

## Une convention pour développer l'éducation pour la santé à l'école

**Depuis 2003, le ministère de l'Éducation nationale et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sont liés par une convention. Objectif : renforcer leur partenariat dans les domaines de la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Dans ce cadre, trois types d'initiatives ont été développées : des actions en direction des élèves, des formations pour les personnels et la conception de documents pédagogiques.**

Depuis août 2003, l'INPES et le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ont conclu une convention de partenariat. Cette convention est elle-même insérée dans un « contrat cadre » de partenariat en santé publique signé le 17 juillet 2003 par les ministres chargés de la Santé et de l'Éducation nationale. Ce contrat cadre vise à renforcer et mieux organiser les collaborations afin d'articuler la promotion de la santé en faveur des élèves avec la politique globale de santé publique.

Les principaux domaines concernés par ce contrat sont énoncés dans son article 1 :

- les dépistages des troubles de santé ;
- la prévention des conduites à risques ;
- la promotion des comportements favorables à la santé ;
- l'éducation à la sexualité ;
- la prévention des troubles mentaux ainsi que le suivi des élèves concernés ;
- la scolarisation des enfants malades.

Ce contrat prévoit également les modalités de pilotage et de suivi des activités développées par les organis-

mes concernés. Ainsi, à chaque année scolaire, les objectifs prioritaires des ministères font l'objet d'une définition commune par les ministres (art. 2).

Un comité de pilotage constitué sous la présidence conjointe du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de l'Éducation :

- définit des objectifs communs, un programme d'actions et son calendrier ;
- choisit les études et enquêtes à mener en commun ;
- choisit les thèmes faisant l'objet d'actions communes de communication, d'information et de formation des personnels ;
- définit les modalités selon lesquelles les agences sanitaires contribuent au programme d'action ;
- veille au suivi des indicateurs d'évaluation des actions ;
- veille à la bonne articulation entre le repérage, le dépistage et le dispositif de prise en charge ;
- examine les possibilités de développement de la collaboration entre les partenaires dans le domaine de l'éducation à la santé des jeunes et de la prévention en milieu scolaire.

Ce comité de pilotage comprend des personnels de la direction générale de la Santé (DGS), de l'INPES, de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de la Direction de l'enseignement scolaire (Desco), la Direction de l'enseignement supérieur, la direction de la recherche, de l'Inspection générale de l'Éducation nationale (IGEN), de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Ce contrat cadre résulte d'un long processus de travail conjoint entre les deux ministères ; il offre un cadre intéressant pour articuler et mettre en cohérence les activités des différents organismes agissant dans ce domaine. Il constitue une avancée pour l'élaboration d'une politique en faveur de la santé des enfants et des jeunes susceptible de contribuer à la réussite scolaire de tous les élèves ; l'objectif est de passer d'une convergence d'objectifs avec la politique de santé publique qui prévalait jusqu'alors à des objectifs communs.

Dans ce contexte, la convention INPES/Descro vise à renforcer le partenariat entre le ministère de l'Éducation nationale et l'INPES dans le domaine de la prévention, de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé, en termes d'actions en direction des élèves, de formations des personnels, de conception et de diffusion de documents pédagogiques. Tous les élèves et tous les personnels des écoles, des collèges et des lycées sont visés par le champ de cette convention. Établie pour trois ans, cette convention, renouvelable, fait l'objet chaque année d'un avenant précisant le travail conjoint entre la Descro et l'INPES (art. 12). Ainsi, depuis sa signature, cet avenant annuel a détaillé le programme de travail, la définition des questions prioritaires menées en commun et l'évaluation conjointe des résultats. Le fait que ce programme de travail soit publié au *Bulletin officiel* de l'Éducation nationale renforce son caractère exécutoire et permet de le rendre visible à l'ensemble des acteurs de l'Éducation nationale. La mise en œuvre de cette convention est effective, il ne s'agit nullement d'une déclaration d'intention.

À titre d'exemple, cette année :

- avec le souci d'améliorer la qualité des actions menées par la communauté éducative, l'INPES et la Descro en s'associant avec la DGS et la Mildt ont conçu un guide méthodologique d'aide à l'action spécifique au milieu scolaire qui sera publié début 2006 ;
- l'INPES diffuse désormais gratuitement en direction du milieu scolaire ses outils d'intervention en éducation pour la santé ;
- un livret sur la nutrition destiné aux élèves de 5<sup>e</sup> a été conçu conjointement et diffusé dans tous les collèges. Parallèlement, l'INPES et la Descro ont contribué à la mise en ligne d'un site d'information sur le Programme national nutrition-santé en direction des enseignants.

Pour les prochaines années, les perspectives de développement de ce partenariat sont multiples. L'INPES élabore un programme en direction des enfants et des jeunes, cette démarche facilitera l'articulation avec les initiatives prises en milieu scolaire et permettra une meilleure prise en compte de la conti-

nuité et de la cohérence nécessaire des actions tout au long du développement de l'enfant (de sa conception jusqu'à son entrée dans le monde adulte). À cet égard, les journées de l'INPES du 29 et 30 mars 2006 seront consacrées à la santé des enfants et des jeunes, population prioritaire pour l'Institut. De nouveaux partenariats pour développer la formation en éducation à la santé des personnels de l'Éducation nationale sont en cours d'étude notamment avec les IUFM. Des réflexions portent également sur les modalités à mettre en œuvre pour favoriser l'implication des parents et des professionnels du secteur périscolaire dans le développement des programmes d'éducation pour la santé en direction des enfants et des jeunes. Enfin, l'évaluation des actions et des outils d'intervention réalisés sera précieuse pour améliorer l'efficacité de nos initiatives.

**Annick Fayard**

Directrice de la Direction  
du développement de l'éducation  
pour la santé et de l'éducation  
thérapeutique, INPES.

# Santé-citoyenneté : l'académie d'Amiens mobilise les établissements

**Comment la prévention et l'éducation à la santé s'intègrent-elles dans l'action d'une académie ? L'exemple de la Picardie avec Françoise Potier, infirmière conseillère technique auprès du recteur, et Gisèle Desmoutiez, inspectrice pédagogique régionale d'éducation physique et sportive, chargée de mission pour le suivi des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, au rectorat de l'académie d'Amiens.**

**La Santé de l'homme : Comment le projet académique 2003-2006 a-t-il été mis en place ?**

**Françoise Potier et Gisèle Desmoutiez :** Ce projet est porté par cinquante personnes, membres de l'Éducation nationale et représentant différentes catégories professionnelles (enseignants en premier et second degrés, inspecteurs pédagogiques régionaux en éducation physique et sportive et en vie scolaire, conseillers techniques rectoraux et départementaux, médecins, infirmières, assistantes sociales, inspecteurs d'Éducation nationale) travaillant dans le primaire et le secondaire, qui sont membres des groupes de réflexion et de propositions répartis sur l'ensemble de l'académie. Ces groupes incluent des partenaires extérieurs à l'Éducation nationale, lesquels participent donc à la mise en œuvre de la politique de prévention et d'éducation à la santé mise en œuvre sur l'académie d'Amiens.

Suite à un séminaire, nous avons conçu un document intitulé « Santé-citoyenneté dans l'académie d'Amiens. Place et rôle des Cesc ». Ce document de référence à l'action permet de nous faire connaître auprès de nos partenaires, il nous a aussi servi de support pour élaborer la fiche-action « santé-citoyenneté » du projet académique. Il insiste sur le concept suivant : l'amélioration du climat dans un établissement scolaire est un moyen de prévention efficace ; et toute éducation à la santé et à la citoyenneté ne peut avoir d'impact réel sans un bon climat scolaire.

Pour l'actualisation du projet académique 2006-2009, nous veillons à la bonne articulation avec le volet scolaire du plan régional de santé publique. Cinq

axes prioritaires ont été définis avec les services santé de l'État, en prenant en compte les données fournies par l'Observatoire régional de la santé :

- participer à la diminution des conduites addictives et des comportements à risque ;
- concourir à l'amélioration de l'hygiène de vie et de l'hygiène alimentaire ;
- renforcer l'éducation à la vie affective et sexuelle ;
- contribuer au repérage et à la prévention des maltraitances et des violences sexuelles ;
- former des citoyens responsables et solidaires (action « apprendre à porter secours » et sécurité routière).

Le projet académique définit donc des objectifs éducatifs et de santé, par exemple développer l'éducation à la citoyenneté et à la santé. À partir de là, des actions – sur des thèmes tels que « prévenir les phénomènes de violence » – sont déclinées et intégrées dans le projet d'établissement.

**S. H. : Comment ce projet académique a-t-il été mis en œuvre dans les établissements ?**

Nous savions qu'il ne suffisait pas de diffuser un document académique pour faire évoluer les pratiques des établissements. Il fallait d'abord convaincre que chaque membre de la communauté éducative de ces établissements peut, dans son champ de compétences, contribuer à cet enjeu. Première étape : nous avons sensibilisé le personnel d'encadrement en primaire et secondaire, en les aidant à se forger une culture commune *via* un colloque intitulé « Santé-citoyenneté, état de la recherche ». Leur présence massive lors de cet événement nous a confortés dans nos ambitions.

Ensuite, ce projet est évolutif : des groupes de travail continuent à mettre en œuvre et évaluer des actions, ils sont relayés au niveau des bassins d'éducation par des correspondants Cesc et par des infirmières. Toutes les actions mises en place soutiennent les communautés éducatives, que ce soit par la formation initiale et continue, l'information, la construction d'outils, etc. Parmi nos priorités figurent la poursuite de la continuité éducative de la maternelle à l'université et l'amélioration de la qualité des actions.

Concrètement, pour relayer les objectifs de santé du projet académique au niveau des bassins d'éducation, nous identifions un chef d'établissement et une infirmière référente Cesc dans chaque bassin afin d'être au plus près des préoccupations de terrain. Pour mobiliser les établissements, nous favorisons les formations locales des équipes éducatives, en prenant en compte la problématique de l'établissement : violence, absentéisme, etc. Ce qui permet d'interroger les pratiques éducatives. Enfin, nous finançons prioritairement les projets qui font le pont entre l'école et le collège, ce qui n'est pas forcément le cas partout.

**S. H. : Dans quelle mesure les établissements s'impliquent-ils dans ce projet ?**

Plusieurs indicateurs traduisent l'implication – généralement forte – des établissements :

1. chaque établissement est doté d'un Cesc ;
2. le recteur et les inspecteurs d'académie ont donné une impulsion forte ;
3. la demande en formation a augmenté ;

4. la qualité des projets qui demandent à être subventionnés se sont améliorés.

Pour aider les établissements à mesurer eux-mêmes les effets de leurs actions, nous avons construit deux tableaux de bord, « climat scolaire » (pour le second degré) et « vie scolaire » (pour le premier degré), qui sont des outils de pilotage pour les Cesc. Par ailleurs, nous diffusons un document intitulé « éducation information » dans lequel nous présentons aux chefs d'établissement et aux personnels les nouveautés en termes de prévention et de santé.

**S. H. : Comment le partenariat régional prévu dans le projet académique est-il mis en œuvre ?**

Le rectorat travaille en partenariat avec la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, l'union régionale des caisses d'assurance maladie, le conseil régional, l'observatoire régional de la santé, le comité régional d'éducation pour la santé, le centre hospitalier universitaire et des associations régionales. Nous travaillons déjà avec les mêmes partenaires dans le cadre du programme régional de santé des jeu-

nes, programme copiloté par la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales et le rectorat. Notre présence dans différents groupes de ce programme nous a permis notamment d'instaurer des relations de confiance et de repérer les complémentarités.

Par ailleurs, la création d'un pôle santé marque la volonté forte du recteur d'inscrire la santé comme une des priorités de l'académie d'Amiens. Il est présidé par le doyen de la faculté de médecine. Il comprend l'infirmière, l'assistante sociale et les médecins conseillers techniques du recteur et des inspecteurs d'académie, une inspectrice pédagogique régionale d'éducation physique et sportive chargée de mission de suivi de Cesc, une personne en charge de l'éducation à l'environnement et au développement durable, un chargé de mission des risques professionnels, et un inspecteur hygiène et sécurité. Les avancées de nos travaux avec les partenaires sont débattues au sein de cette instance.

**S. H. : La loi du 9 août 2004 portant création des groupements régionaux de santé publique (GRSP)**

**et des plans régionaux de santé publique (PRSP) a-t-elle eu des répercussions sur votre travail de partenariat ?**

En définissant une nouvelle organisation sur le territoire, la loi a créé une dynamique : ainsi, depuis, nous avons élaboré, avec nos partenaires régionaux, un appel à projet unique et une charte pour tout intervenant en milieu scolaire sur le thème de la santé et de la citoyenneté.

Nous sommes en train de bâtir ensemble le plan régional de santé publique des jeunes, de prévention et d'éducation à la santé de la maternelle à l'université. Cette collaboration dès le stade de la conception du plan régional en facilitera la réalisation, dans un esprit de complémentarité. Notre préoccupation commune actuellement est la faisabilité de nos propositions et la recherche d'indicateurs pertinents pour évaluer l'efficacité réelle de cette entreprise commune.

Propos recueillis par  
**Sandrine Broussouloux**  
et **Nathalie Houzelle**

## Des actions au plus près des territoires en Meurthe-et-Moselle

**Prévention des décrochages scolaires, de la souffrance psychique, éducation à la sexualité : tels sont quelques-uns des axes d'action du volet santé du plan de l'académie de la Meurthe-et-Moselle. Décryptage de ce dispositif par Claude Bisson-Vaivre, inspecteur d'académie, qui en assure la mise en œuvre.**

**La Santé de l'homme : Comment se décline le plan académique dans les différents établissements scolaires ?**

**Claude Bisson-Vaivre :** En collaboration avec les conseillers techniques (médecins, infirmiers, assistants sociaux), nous déclinons le plan académique. Il comporte six axes intégrés au Programme régional de santé publique, parmi lesquels on trouve le thème de la « santé des jeunes en milieu scolaire ». Les programmes d'actions sont plurian-

nuels et l'académie est très impliquée au niveau régional dans la définition des politiques de santé.

Dans nos établissements, ces programmes d'action sont déclinés *via* les bassins d'éducation. Seuls les projets menés au sein d'un bassin associant les élèves et les parents au montage des actions sont financés.

Le volet santé du plan académique comporte les axes suivants :

- troubles du langage dans le cadre du dépistage de la visite médicale intervenant pour les élèves de 6 ans ;
- prévention des décrochages scolaires ;
- prévention de la souffrance psychique ;
- faciliter la scolarisation des élèves porteurs de maladies et de handicaps ;
- promouvoir l'éducation à la santé et à la citoyenneté, notamment avec l'apprentissage des gestes de premiers secours ;
- éducation nutritionnelle ;

- éducation à la sexualité ;
- éducation aux conduites à risques et aux dépendances.

D'une manière générale, les établissements abordent un thème par année scolaire. Il est important que les élèves aient l'occasion d'aborder ces différents thèmes à un moment de leur scolarité.

**S. H. : Concrètement, comment mobilisez-vous les bassins d'éducation ? Et quel est le lien entre le bassin et le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) ?**

Il faut adapter les conditions de mise en œuvre aux caractéristiques du terrain. Prenons deux exemples : un bassin est très urbanisé avec des établissements proches les uns des autres, un autre est rural. Ces bassins sont animés par un principal de collège.

Dans le bassin de Longwy, nous expérimentons une nouvelle façon de travailler, l'ensemble des établissements travaille à l'élaboration d'un programme de bassin. Du fait de la proximité géographique, les jeunes se retrouvent dans les mêmes lieux, il n'est donc pas concevable que chaque établissement ait son propre Cesc et développe ses projets sans prendre en compte son environnement. Il s'agit, sur ce territoire, d'élaborer un plan d'éducation aux comportements responsables pour le second degré. La mission locale jeunes est le pivot de cette élaboration, elle met en relation les associations et les établissements scolaires autour d'un programme commun et cohérent. Elle propose des actions qui répondent aux demandes des établissements, elles-mêmes établies à partir d'une programmation élaborée au niveau du bassin et pas seulement d'un établissement. Il s'agit de créer un Cesc « interétablissements ».

Le second exemple concerne un bassin en milieu rural où les établissements sont éloignés les uns des autres. Il est nécessaire, à partir des objectifs fixés pour le bassin, de laisser chaque établissement libre d'établir son propre projet au sein de son Cesc. Il y a sur ce bassin un Cesc par établissement.

**S. H. : Comment les besoins de santé sont-ils identifiés ? Quelles sont les actions prioritaires ?**

Certains territoires sont en situation de plus grande précarité que d'autres. Avant de développer des actions d'éducation à la santé, il faut demander aux conseillers techniques d'effectuer les visites médicales entre 5 et 6 ans et d'assurer leur suivi. La prévention ne peut se faire que dans un second temps. Il est important de prendre en compte les moyens dont nous disposons par rapport aux priorités que nous nous fixons.

Certaines actions sont incontournables, notamment l'éducation à la sécurité routière, l'éducation nutritionnelle ou la prévention des toxicomanies. De même, l'apprentissage aux premiers secours est obligatoire pour tous les élèves. Les actions d'éducation à la sécurité routière sont mises en place progressivement en fonction du niveau ; sont concernées pour le moment la maternelle et le primaire.

Pour l'éducation nutritionnelle, des actions sont développées dans les écoles élémentaires et l'académie a réalisé une mallette intéressant tous les niveaux.

Pour la prévention des toxicomanies, tous les élèves sont concernés et

le discours de prévention et d'éducation adapté en fonction du niveau. Les parents doivent être associés à ces actions.

Concernant l'éducation à la sexualité dès le CM2, il est nécessaire de compter avec le regard des familles.

**S. H. : Existe-t-il des formations en lien avec l'une ou l'autre de ces thématiques susceptibles de les aider à intervenir sur des sujets difficiles ?**

Les formations sont surtout dispensées aux médecins, aux infirmières, aux assistants sociaux. Le thème principal de ces formations continues concerne la prévention des conduites addictives. Elles aident à actualiser le discours sur les nouveaux comportements des jeunes. Le rapport des jeunes au produit change, ainsi que le rapport à l'argent, les termes eux-mêmes évoluent, il faut pouvoir les suivre là où ils en sont.

Propos recueillis par  
**Sandrine Broussouloux**  
et **Nathalie Houzelle**

# Accueillir les enfants ayant un problème de santé

À Tours, une équipe de professionnels a développé une action de prévention des allergies en milieu scolaire, impliquant mairies et cantines, dans le cadre d'un projet d'accueil individualisé (PAI). Pour le médecin allergologue associé à cette initiative, ce type de projet sensibilisant l'ensemble des personnels permet d'éviter l'exclusion des enfants concernés.

**La Santé de l'homme : Comment êtes-vous impliqué dans les projets d'accueil individualisé (PAI) ?**

**Dr Alain Thillay :** Je suis médecin allergologue, mon champ d'investigation est large, touchant l'ensemble des manifestations allergiques, comme les rhinites, l'asthme, les allergies alimentaires et les allergies médicamenteuses pour ne parler que des plus courantes. J'exerce en cabinet privé à Joué-lès-Tours. Je suis attaché au centre hospitalier régional universitaire Bretonneau, à Tours, ce qui me permet de réaliser des tests et des réintroductions aux médicaments, des tests de provocation alimentaire, à la demande des professionnels de santé des établissements scolaires entre autres.

Dans le cadre du syndicat Anaice, syndicat des allergologues exclusifs, dont je suis membre du conseil d'administration, nous avons réalisé un DVD concernant la gestion des actes d'urgence, bâti autour de trois saynètes : l'asthme, l'allergie, le choc anaphylactique. Par exemple, dans l'une de ces saynètes, un enfant est allergique au poisson. À la cantine, elle a le choix entre des nuggets de poisson et des nuggets de poulet, elle demande, naturellement, ceux au poulet, mais le cuisinier se trompe et lui sert du poisson. En goûtant, elle se rend compte immédiatement qu'il s'agit de poisson, elle a une réaction allergique. Tout le monde intervient, et le responsable de la cantine qui a une trousse d'urgence au nom de l'enfant lui injecte le produit nécessaire. Ce DVD sera à la disposition de tous les acteurs santé de l'Éducation nationale dans le courant de l'année scolaire 2005-2006.

**S. H. : En quoi consiste le PAI ? Comment l'intégration d'enfants atteints de troubles de la santé – ici d'allergies – peut-elle se faire en milieu scolaire ?**

Les circulaires sont d'une grande aide, elles clarifient le cadre du projet et le rôle de chacun. Elles aident un enfant à aller à l'école, mais cela n'est pas une obligation et elles favorisent la mobilisation de tous les acteurs. Jusqu'en 1999, les maires ne se sentaient pas impliqués, ils considéraient que ça n'était pas de leur ressort. En 2003, le PAI a été étendu à toutes les structures impliquées dans l'accueil de l'enfant : la mairie (cantines scolaires du primaire), les personnels enseignants, le chef d'établissement, tous les personnels, la famille.

Les parents, le plus souvent à l'origine de la demande, s'adressent au directeur de l'école, qui la transmet au médecin de l'Éducation nationale, pivot du dispositif. Dans le cadre de ce PAI, l'allergologue ou le pédiatre établira le protocole d'intervention en cas d'urgence et fournira au médecin de l'Éducation nationale un résumé du dossier allergologique de l'enfant. Le médecin de l'Éducation nationale aura alors pour charge de vérifier la faisabilité de ce protocole d'intervention en cas d'urgence et de mettre en place le PAI. C'est lui également qui anime la circulation de l'information entre les parents, les enseignants, les personnels de cantine, les personnels des centres de loisirs, etc.

Les enseignants ont un rôle pédagogique en direction des personnels, des autres enfants, mais avant tout ils travaillent en direction des enfants allergiques eux-mêmes. Ces derniers peu-

vent aussi exercer une fonction de vigilance quand ils ont été éduqués très tôt par leur pédiatre ou leur allergologue. Car l'enfant allergique a ses propres responsabilités ; ainsi, à 13 ans, s'il partage la barre de chocolat d'une copine et qu'il est bien informé, il sait qu'il prend un énorme risque. En fait, ce type de comportement devient plus rare car les enfants qui ont fait l'expérience d'une réaction sévère s'en souviennent. Avoir une telle allergie est stressant pour les jeunes, nous avons un rôle important pour leur expliquer que ces situations sont gérables et qu'ils sont responsables dans le choix de leurs aliments. Dès que l'enfant est en âge de comprendre son état allergique, il peut être signataire du PAI dans le sens où il a son rôle à jouer.

Le PAI a non seulement pour objectif de supprimer les aliments dangereux pour l'enfant, notamment à la cantine, mais aussi de sensibiliser l'ensemble des personnes gravitant autour de l'enfant. Une trousse d'urgence contenant les médicaments nécessaires et le protocole d'intervention en cas d'urgence clair et explicite doivent être accessibles facilement à tous les professionnels susceptibles d'avoir à gérer une manifestation allergique lors d'une ingestion accidentelle. En cas de crise, il faut pouvoir réagir rapidement, les différentes personnes concernées – l'infirmière, s'il y en a une dans l'établissement, les personnels de cantine, les enseignants, tout personnel d'encadrement – doivent être informées. Pour toute réaction, les parents seront prévenus. En cas de réaction sévère (asthme grave, œdème de Quincke avec localisation laryngée ou choc anaphylactique), le 15 (ou le 112 par le téléphone portable) sera prévenu pour adresser les secours d'urgence à

l'établissement. Toutefois, il faut se souvenir qu'il faut commencer par les actes de premiers soins. Le PAI est véritablement un dispositif qui traduit un effort de notre société pour éviter l'exclusion de certains enfants.

**S. H. : Pourriez-vous nous décrire plus précisément ce travail d'intégration ?**

Un grand classique, lors de l'entrée au CP, concerne un enfant allergique à l'arachide et à l'œuf. Il faut savoir que la réactivité allergique est variable, allant de la petite réaction urticarienne béli-

gne au choc anaphylactique en passant par l'œdème de Quincke ou la crise d'asthme. Ce qui implique que le protocole d'intervention en cas d'urgence doit être gradué en fonction de risque de la réaction allergique. Ainsi, on peut être allergique à l'arachide sans choc anaphylactique. Ou encore faire une simple crise d'urticaire lorsque l'on consomme des œufs. Le médecin allergologue détaille précisément les manifestations de l'allergie pour cet enfant.

Pour que cet enfant puisse manger le midi à l'école, il s'agira de se renseigner sur la possibilité de préparer à la cantine

des repas sans arachide et sans œufs. Si oui, tant mieux. Si cela n'est pas possible, les parents doivent s'organiser pour apporter le repas de l'enfant. Il est alors nécessaire que l'école accepte de faire réchauffer ce repas. Dans les deux cas, un important travail d'information doit être fait en amont. Par exemple, signaler que l'allergie aux arachides concerne également les fruits secs, comme les noix de cajou, les noix, les amandes, etc.

**S. H. : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez le plus souvent ?**

Les chefs d'établissement sont parfois, mais de plus en plus rarement, réticents. Il est alors important de prendre le temps d'expliquer et de montrer que, finalement, les gestes d'urgence à pratiquer sont des gestes simples que tout le monde peut faire.

Dans mon expérience, le plus difficile à gérer se situait au niveau de l'enseignement du premier degré. En effet, ici, les cantines sont sous la responsabilité des municipalités. Or, avant la nouvelle circulaire 2003, ni les personnels de mairie, ni le maire n'étaient officiellement impliqués. J'ai eu l'exemple dans une commune où le maire refusait de prendre à la cantine les enfants allergiques. Les mères de ces enfants ont dû s'organiser et, à tour de rôle, pour trois enfants allergiques à l'arachide, leur préparer les repas du midi. À l'époque, malgré tous nos échanges, nous n'avons pas réussi à convaincre le maire, il disait qu'il n'avait aucune obligation d'accepter ces enfants.

J'ai vu des parents très stressés qui insistaient pour que l'on fasse un PAI, que leur enfant y avait droit, alors que l'état de santé de leur enfant ne nécessitait pas un PAI du fait de réactions très peu intenses qui ne relevaient que de quelques précautions simples. Il faut le rappeler, le PAI n'est pas un droit, ce n'est pas non plus du droit, même s'il s'agit d'une circulaire qui renvoie à du droit (par exemple, non-assistance à personne en péril) ; il s'agit d'un acte de solidarité qu'exerce la société pour accueillir les enfants ayant un problème de santé. C'est un acte d'insertion.

Propos recueillis par  
**Sandrine Broussouloux**  
et **Nathalie Houzelle**

## La majorité des PAI concerne l'asthme et les allergies

Le projet d'accueil individualisé (PAI) a été créé, en 1999, par le ministère de l'Éducation nationale pour favoriser l'accueil et l'intégration des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période pendant le temps scolaire. Il est applicable dans les écoles, les établissements publics et privés sous contrat.

La circulaire interministérielle du 9 septembre 2003<sup>1</sup> sert de référence aux établissements d'accueil de la petite enfance, aux centres de vacances et de loisirs. Elle propose un modèle de projet définissant les adaptations apportées à la vie de l'enfant ou de l'adolescent durant son temps de présence au sein de la collectivité. Le PAI résulte d'une réflexion commune des différents intervenants impliqués dans la vie de l'enfant malade. Il permet d'améliorer les conditions d'accueil en collectivité des enfants atteints de maladie chronique, d'allergie et d'intolérance alimentaire en offrant un cadre et des outils susceptibles de répondre à la multiplicité des situations individuelles rencontrées. Il indique notamment les régimes alimentaires, les aménagements

d'horaires, la dispense de certaines activités incompatibles avec sa santé et les activités de substitution proposées.

Il est mis au point à la demande de la famille, ou en accord et avec la participation de celle-ci, par le directeur d'école ou le chef d'établissement (...) en concertation étroite avec, selon le cas, le médecin de l'Éducation nationale ou le médecin de la PMI.

En guise de bilan, au cours de l'année 2002-2003, dans vingt-six académies, les médecins de l'Éducation nationale sont intervenus pour 59 152 élèves atteints de maladies chroniques, dont 21 802 asthmatiques et 13 312 allergiques. Parmi les autres affections les plus fréquemment rencontrées nécessitant un PAI, on peut citer le diabète, l'épilepsie, la mucoviscidose, les cardiopathies, la myopathie, etc.

1. Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Cette circulaire implique le ministère de l'Intérieur, celui de l'Agriculture, de la Jeunesse et des Sports, et bien sûr celui de l'Éducation nationale ; tous les ministères impliqués dans l'accueil des enfants dans le primaire (1<sup>er</sup> degré).

# Troubles de l'apprentissage : la Marne joue la carte du partenariat

**En 2002, un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit a été cosigné par cinq ministres (Emploi et Solidarité, Recherche, Famille, Enfance et Handicapés, Santé). Il souligne la nécessité de mobiliser les compétences de divers professionnels dans et hors l'Éducation nationale et de développer un travail en partenariat pour le repérage, le dépistage, le diagnostic et le suivi de ces enfants. L'exemple du département de la Marne.**

Inscrit dans le code de la santé publique (art. L 191), le bilan de santé en grande section de maternelle est réalisé par les médecins de l'Éducation nationale en présence des parents. Il a pour objectif d'apprécier le développement de l'enfant sur le plan somatique, psychomoteur et cognitif.

## Le repérage et le dépistage

Depuis septembre 2002, le choix a été fait, dans la Marne, d'intégrer systématiquement à ce bilan le bilan de santé et d'évaluation du développement pour la scolarité des enfants de 5-6 ans (BSEDS 5-6). Il permet de dépister les enfants ayant des troubles visuo-attentionnels et/ou du langage oral (versants expressif et réceptif), facteurs prédictifs de futures difficultés d'apprentissage de la lecture. Le regard croisé des divers professionnels de l'Éducation nationale (enseignant, psychologue et médecin de l'Éducation nationale) permet de proposer aux parents, si nécessaire, une consultation spécialisée au centre régional de référence des troubles spécifiques des apprentissages du CHU de Reims.

À l'école élémentaire, l'enseignant, devant des difficultés persistantes d'apprentissage de la lecture, peut demander, en accord avec les parents, l'avis du médecin de l'Éducation nationale. Ce dernier inclut dans son examen la passation des tests Odedys (Outils de Dépistage des DYSlexies) à partir du CE1. Au terme de cet examen et après concertation avec le psychologue scolaire, il pourra également orienter vers un bilan diagnostique au centre de référence.

## Le diagnostic

Lorsque les parents contactent le centre, un dossier de préconsultation

est constitué avec tous les éléments concernant l'enfant (renseignements scolaires, prises en charge déjà existantes et bilans : orthophonique, psychométrique et psychologique, etc.). Les enfants qui ne sont pas adressés par le médecin de l'Éducation nationale doivent, dans un premier temps, être examinés par lui. Son évaluation permet de confirmer ou non la nécessité de consulter au centre de référence. Au centre, l'enfant et ses parents sont reçus par le neuropédiatre, qui orientera vers un ou plusieurs des professionnels de l'équipe (neuropsychologue, psychologue, orthophoniste, psychomotricien). C'est le neuropédiatre qui fera la synthèse des différentes évaluations avec les parents et proposera les prises en charge adaptées : orthophonie et/ou psychomotricité, suivi psychologique, adaptation scolaire, etc. Le neuropédiatre revoit régulièrement l'enfant pour évaluer les progrès et réajuster éventuellement les prises en charge.

## Le suivi

Avec l'accord des parents, le neuropédiatre envoie un compte-rendu du bilan au médecin de l'Éducation nationale. Si un diagnostic de trouble spécifique des apprentissages a été posé, une réunion de l'équipe éducative comprenant enseignant, psychologue scolaire, médecin de l'Éducation nationale, parents et, éventuellement, orthophoniste ou psychomotricien, permet d'organiser à l'école la prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant (aide à la prise de cours, à la compréhension des consignes écrites, temps supplémentaire pour les contrôles, etc.). Ces adaptations sont régulièrement revues en fonction de l'évolu-

tion. Cette procédure se poursuit au collège. Le médecin de l'Éducation nationale, intervenant de la maternelle au lycée, suit les élèves tout au long de leur scolarité et assure la transmission des informations.

## La concertation

Afin d'assurer un partenariat efficace au plus près des besoins, une rencontre biannuelle a lieu entre les professionnels du centre de référence et des médecins de l'Éducation nationale plus particulièrement en charge de ce dossier. Par ailleurs, des journées de formation sont organisées entre les médecins de l'Éducation nationale et l'équipe du centre, d'une part, et les enseignants, d'autre part.

Ce travail de repérage, de dépistage, de diagnostic et de suivi des enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages permet une réelle prise en compte des difficultés de ces enfants. Il nécessite un contact étroit avec les familles et un travail en partenariat, dans et hors Éducation nationale, dans le respect des compétences de chaque professionnel. Ces enfants qui représentent de 4 % à 6 % d'une classe d'âge ont une intelligence normale mais sont en grande difficulté scolaire. Leur particularité reconnue, ils progressent plus vite grâce à un soutien adapté ; ainsi, ils conservent l'estime d'eux-mêmes et le désir d'apprendre.

**Dr Claire Lorton**

Médecin de l'Éducation nationale, Reims.

**Dr Christine Brasselet**

Neuropédiatre, CHU Reims.

**Dr Sylvie Fontaine**

Médecin de l'Éducation nationale,

Châlons-en-Champagne.

# Dans les Yvelines, prévenir la souffrance psychique chez les ados

**Dans les Yvelines, un dispositif de prévention des souffrances psychiques des jeunes réunit les professionnels de santé qui exercent en milieu scolaire, les psychologues et les psychiatres hors établissement. Ces professionnels forment notamment les équipes des collèges et des lycées à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la souffrance psychique.**

Dans cet article collectif, nous présentons le dispositif de prévention de la souffrance psychique des enfants, mis en œuvre dans le département des Yvelines. Dans un premier temps, nous présentons le dispositif général mis en place, puis dans un deuxième temps, l'action de prévention des déscolarisation mise en œuvre avec les familles et les professionnels. Enfin, nous abordons l'implication – indispensable – des professionnels du secteur de la psychiatrie infanto-juvénile : psychologues, psychiatres et centres médico-psychologiques.

La prévention des souffrances psychiques des enfants et des adolescents est devenue une des préoccupations de l'école. De façon concomitante, la santé mentale apparaît dans le paysage social, et différents programmes déclinés au plan national élargissent le cadre de la maladie mentale vers cette souffrance psychique. Cette prise en compte de la souffrance psychique des élèves est une composante du plan quinquennal de santé de décembre 2003 du ministère de l'Éducation nationale.

Dans les Yvelines, les médecins du service de promotion de la santé en faveur des élèves sont confrontés à une augmentation des demandes de la part des équipes des établissements et des écoles dans ce domaine ; premier motif des examens à la demande pour le service, dont 70 % au niveau secondaire, avec une montée en puissance dans le primaire actuellement.

## Prévention des souffrances psychiques

Si la famille reste le lieu privilégié du développement psychoaffectif de l'enfant, dans quelle mesure l'école

peut-elle participer à la prévention de la souffrance psychique ? Par la prévention primaire, à travers des actions visant à développer les compétences psychosociales chez les élèves et en favorisant les conditions de bien-être des élèves et des adultes de la communauté scolaire, par la prévention secondaire, grâce au repérage et au dépistage de cette souffrance psychique chez les élèves ; par la prévention tertiaire, afin que l'école « prenne soin » de ces élèves.

Cette prévention doit s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé mentale, pour laquelle nous travaillons avec deux axes prioritaires :

- le développement du partenariat avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (services hospitaliers, hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques ;
- le développement des compétences des professionnels dans ce domaine.

En ce qui concerne le partenariat avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, une charte signée en 1998 entre l'inspecteur d'académie et le directeur départemental des Affaires sanitaires et sociales définit les bases du partenariat entre le milieu du soin et l'école.

Différentes actions sont déclinées principalement à travers l'aide apportée aux équipes d'établissements. À titre d'exemple, au sein des actions financées depuis 1999 dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps), une formation-action, proposée aux établissements qui en font la demande, se déroule sous la forme de rencontres régulières entre une équipe d'adultes de l'établissement (enseignants, conseillers d'éducation, médecins, infirmières, assistantes sociales) et une

équipe de pédopsychiatrie de secteur. Ces rencontres permettent, au fil des années, d'établir des échanges, permettant d'enrichir chaque équipe de la pratique professionnelle de l'autre. Autre action mise en œuvre : une équipe ressource de trois médecins (un pédopsychiatre, un pédiatre hospitalier et un médecin scolaire) propose des études de cas aux infirmières scolaires d'un bassin. Troisième action mise en œuvre : l'analyse de pratique d'une équipe médico-sociale d'un établissement animant un groupe de parole chez des élèves en grande difficulté d'adaptation. Toutes ces actions facilitent l'accès aux soins et le maintien de la scolarisation d'élèves en grande souffrance psychique.

Depuis 2005, devant la complexité de certains cas, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont rejoint des cellules partenariales Éducation nationale/Protection judiciaire de la jeunesse/conseil général. Dans ces « cellules d'aides à la scolarisation pour les élèves en difficulté » (Cased), le regroupement sur un même bassin des différents acteurs décisionnels de ces institutions permet de construire des réponses complémentaires. Les familles donnent leur accord pour que le cas de leur enfant soit évoqué par cette cellule.

D'autres actions s'appuient sur le partenariat avec la psychiatrie : des formations d'équipes d'établissements, une étude descriptive sur le repérage des risques suicidaires par les médecins et les infirmières sur quatre établissements d'un bassin ; une sensibilisation des enseignants de primaire au repérage de la dépression de l'enfant, la participation à des actions dans le cadre du réseau santé mentale Yvelines sud.

Enfin, un médecin scolaire compétent en psychiatrie intervient à plein temps au niveau départemental. Sa mission est large : conseil dans la prise en charge de certains élèves, animation de groupes d'étude de cas pour les médecins du service, formation des adultes, mise en place de formations dans les établissements pour aider les professionnels dans le repérage des difficultés des adolescents et les réponses à apporter, suivi de cas d'élèves en grande difficulté ou en rupture de scolarisation comme décrit ci-après et qui s'inscrit dans un dispositif départemental plus large.

### Prévenir les déscolarisation

Ce suivi des adolescents en situation – ou risque – de déscolarisation est désormais en œuvre à l'échelon départemental et donc assuré par un médecin scolaire dédié spécifiquement à cette tâche à l'inspection académique.

La déscolarisation concerne un nombre de plus en plus important de jeunes, confrontés à des situations très diverses. Une évaluation médico-psychologique est indispensable si l'on veut répondre à la globalité et à la complexité des problèmes posés. Il s'agit, en effet, de cerner le trouble psychique dans lequel s'inscrit la problématique scolaire, de donner un sens en termes psychopathologiques aux troubles constatés permettant au médecin, d'une part, de donner un avis sur les conditions les plus favorables de reprise de la scolarité, d'autre part, d'accompagner le jeune et sa famille vers une prise en charge thérapeutique si nécessaire.

Ce travail ne peut se concevoir que dans le cadre d'un partenariat « vivant ». Il s'agit de créer autour du jeune un réel lien incluant les parents, l'établissement scolaire et les partenaires du soin. Les axes de ce travail sont multiples. Pour l'élève et sa famille, il s'agit d'identifier et de comprendre en termes psychiques les difficultés qui sous-tendent la déscolarisation afin de dégager les besoins psychiques de cet adolescent ; un travail associant la famille sera alors entrepris pour impliquer, mobiliser et soutenir l'adolescent et sa famille dans un projet réaliste : les accompagner dans la reconnaissance de leurs difficultés pour amener l'adolescent à accepter, si besoin, une prise en charge thérapeutique.

Pour les personnels de l'Éducation nationale, accueillir des élèves présentant des troubles du comportement responsables d'importantes perturbations de la communauté scolaire et/ou générant beaucoup d'angoisse demande des compétences et moyens particuliers. Les équipes doivent, elles aussi, être écoutées et accompagnées. Fournir aux professionnels la possibilité de donner un sens aux troubles qu'ils constatent, de percevoir l'importance en termes psychiques du travail qu'ils réalisent est une nécessité absolue, faute de quoi le projet ne peut « vivre », et son échec conduit souvent au rejet des uns par les autres. La qualité du partenariat et l'authenticité des liens entre la famille, l'école et le soin sont le gage de la réussite du projet de re-scolarisation. Des formations des personnels à la problématique adolescente, au repérage des signes de souffrance psychique et surtout à la façon d'y répondre devraient être mises en place lors de la formation initiale. Pour notre part, nous proposons dans notre académie des stages de formation continue sur ces thèmes.

Enfin, si les troubles ayant conduit à une déscolarisation sont liés à un processus pathologique, l'accueil sera réalisé en lien avec les structures de soin dans le cadre d'un Projet individuel d'intégration scolaire (PIIS). Dans ce cadre, l'élève, ses parents, la communauté scolaire et les professionnels du soin déterminent ensemble les objectifs et les conditions de la re-scolarisation et ils en suivent l'évolution.

Ce travail de re-scolarisation associant les jeunes, leurs familles et les professionnels, mis en œuvre à un échelon modeste, n'en a pas moins porté ses fruits : soixante-quinze des soixante-dix-huit jeunes suivis durant l'année scolaire 2004-2005 ont pu reprendre leur scolarité sous des modalités diverses fixées en fonction de leur situation personnelle (psychique, scolaire et sociale).

### L'indispensable coopération médecins scolaires/psychiatres

Jusqu'à il y a dix ans, environ 30 à 50 % des élèves qui étaient pris en charge dans les centres médico-psychologiques étaient orientés par les profes-

sionnels de l'école qu'ils fréquentaient. Mais, depuis une dizaine d'années, de nombreux changements sont intervenus : l'augmentation considérable des demandes, l'extension des missions de la pédopsychiatrie au-delà des soins individuels à un rôle social centré sur une préoccupation de santé publique, et l'arrivée du concept de santé mentale ont amené les professionnels de la psychiatrie à faire évoluer leurs pratiques vers un nouveau type de partenariats avec les acteurs de soins primaires. Ce nouveau partenariat représente une rupture considérable avec ce qui fut longtemps une rigoureuse séparation entre soin et pédagogie. Alors que l'école s'était fait un devoir de développer en son sein toutes les ressources dont elle avait besoin pour la prise en charge des enfants et que la psychiatrie s'était fait une religion de ne pas intervenir dans l'école afin de préserver son espace de soin, il faut désormais apprendre à travailler ensemble. Car l'école ne peut surmonter seule le problème de la prévention en santé mentale ni réussir seule la gageure de scolariser tous les enfants, y compris ceux souffrant de troubles mentaux.

Pourtant, les représentations du psychiatre et plus largement du monde de la psychiatrie restent un obstacle à la demande de soins aussi bien pour les enfants et leur famille, qui répugnent à s'y adresser, que pour les intervenants scolaires, qui ne savent pas sur quels critères appuyer leurs propositions d'orientation vers des lieux de soins psychiatriques. En effet, de nombreux obstacles émaillent le parcours de soin et les interventions sont souvent trop tardives.

Certains enfants donnent très tôt des signes d'alerte, quelquefois même dès la maternelle. Faute d'être correctement analysés, ces signes ne sont parfois ni repérés ni traités. Les psychiatres et les psychologues des secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles peuvent participer à des actions de formation pour aider au repérage précoce des troubles par le dispositif de santé scolaire. Certains enfants sont très tôt repérés et orientés vers les consultations de pédopsychiatrie mais les familles n'y vont pas ou n'adhèrent pas aux soins et abandonnent très vite. Il faut donc améliorer les relais entre l'école et la pédopsychiatrie afin que les profes-

sionnels de soin primaire puissent soutenir l'enfant dans l'environnement scolaire. L'accès aux soins en pédopsychiatrie est souvent rendu difficile par les délais d'attente et par la nécessité d'une prise de conscience des troubles par la famille et l'enfant. Leur demande doit être accompagnée par les professionnels qui sont les plus proches de l'enfant et de sa famille.

Certains enfants passent de l'échec scolaire à une conduite auto-agressive où à une conduite agressive à l'égard des autres ou vice versa et quelquefois sans grande transition. Les troubles cognitifs, les troubles du langage, l'hyperactivité ne peuvent être envisagés uniquement du côté de l'école dans leurs répercussions sur les apprentissages pas plus que leur dimension psychoaffective, traitée isolément du côté de la pédopsychiatrie sans tenir compte de leurs répercussions sociales. Il importe donc pour chacun des acteurs de bien connaître les conditions d'abord de l'enfant et les limites de l'action possible dans le cadre institutionnel de l'autre partenaire afin de

coordonner leurs interventions en complémentarité.

Les dispositifs contacts entre les secteurs de psychiatrie et le milieu scolaire contribuent à la santé mentale en permettant d'améliorer l'accès aux soins grâce à un repérage plus précoce des troubles, une meilleure connaissance des ressources locales et de leur fonctionnement, et un accompagnement de la demande vers une orientation ciblée. Ils permettent aussi de favoriser l'intégration scolaire des enfants souffrant d'un handicap d'origine psychique en contribuant à la réflexion sur un aménagement des conditions de scolarisation qui tienne compte des capacités de l'enfant autant que de sa pathologie.

**Francine Hirtz**

Médecin conseiller technique,  
inspection académique des Yvelines.

**Suzanne Wipff**

Médecin de l'Éducation nationale, adjointe  
au médecin responsable départemental.

**Catherine Isserlis**

Chef de service en psychiatrie infanto-juvénile à l'hôpital A. Mignot, Versailles.

# Quelle formation en éducation à la santé pour les enseignants ?

**La formation des enseignants à l'éducation à la santé est un véritable défi : son contenu conditionne leur implication. L'objectif n'est pas d'ajouter une nouvelle matière mais de rendre les enseignants autonomes, capables de prendre en compte l'éducation à la santé dans leur propre pratique. Ces formations fournissent des moyens très concrets de travailler et une éthique d'intervention. Mais leur mise en place diffère encore fortement d'un IUFM à l'autre.**

De par ses missions et son organisation, l'école est l'un des principaux acteurs de santé publique. Ce n'est pas un fait nouveau puisque, dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et l'émergence de l'école républicaine, les enseignants ont joué un rôle clé dans la prévention de l'alcoolisme et des maladies infectieuses, la promotion de l'hygiène domestique, etc. Comme le souligne D. Nourrisson (1), c'est la circulaire du 9 mars 1897 qui introduit la lutte antialcoolique dans les programmes de l'enseignement primaire et secondaire.

L'évolution de la nature des enjeux sanitaires et sociaux appelle à une adaptation perpétuelle du système éducatif. Dans ce contexte, la formation des acteurs de l'école est un enjeu déterminant. Aujourd'hui, le défi est d'autant plus grand que près de la moitié des enseignants sera renouvelée dans les dix années à venir.

## Le contexte de la formation des enseignants

La loi d'orientation sur l'éducation 89-486 du 10 juillet 1989 a confié la formation des enseignants aux instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). Mener à bien une telle formation est un véritable défi, du fait, d'une part, de la multiplicité et de la complexité des tâches qui constituent le métier d'enseignant et, d'autre part, de la nécessité de contribuer au développement chez ces derniers des capacités de réflexivité et d'adaptation nécessaire aux changements de plus en plus rapides qui affectent l'institution scolaire.

Il n'est pas question de former des professeurs chargés de transmettre une

« bonne parole » intemporelle. On attend aussi bien une qualification didactique et pédagogique de haut niveau (qui accepterait aujourd'hui qu'un professeur des écoles ne soit pas un expert de l'enseignement de la lecture ?) que des capacités à contribuer à la vie des établissements (travail en équipe, relation aux parents et partenaires de l'école, implication dans des projets, etc.). Il serait illusoire de penser que le simple empilement d'un nombre toujours plus considérable de modules sur une période très courte suffise à permettre d'atteindre ces objectifs. Former les enseignants à l'éducation à la santé ne peut consister à ajouter un nouvel élément à l'édifice. Plusieurs études (2) ont montré que les IUFM ont développé une diversité de stratégies pour la mise en œuvre de ces formations.

En tout état de cause, des travaux conduits en premier et second degrés ont montré que la formation conditionnait fortement l'implication des enseignants dans les démarches d'éducation à la santé (3) ; développer des approches de la formation adaptées est une priorité.

## Développer des compétences

D'une façon générale, l'objectif de la formation ne saurait se limiter à l'acquisition de savoirs académiques, c'est le développement des compétences professionnelles qui est visé. Se centrer sur les compétences conduit à penser la formation en référence à l'individu mais aussi au contexte de l'établissement. Être acteur d'éducation à la santé repose sur un savoir agir (combinaison et mobilisation des ressources pertinentes,

savoir faire des choix, prendre des initiatives), un pouvoir agir (contexte facilitateur incluant organisation et conditions de travail, moyens, réseaux

## Quelques écueils à éviter

Faute de pouvoir développer ici dans le détail le contenu et les principaux axes stratégiques de la formation des enseignants, voici en résumé quelques obstacles classiques à contourner :

- le non-enracinement de ces formations dans la construction de l'identité professionnelle des enseignants et dans l'idée qu'ils se font de la pratique quotidienne de leur métier. Une formation en éducation à la santé n'a d'efficacité que si elle est clairement perçue par les stagiaires comme leur permettant d'acquérir des compétences dans l'un des aspects de leur métier ;
- le morcellement de la formation et le fait que les modules « Éducation à la santé » soient noyés au milieu de dizaines d'autres apports ne permet pas de travailler les compétences nécessaires à la mise en œuvre de l'éducation à la santé à l'école ;
- la négligence de la dimension pédagogique concrète enracinée dans les programmes disciplinaires au profit d'une approche exclusivement centrée sur le projet collectif (même s'il s'agit évidemment d'une dimension fondamentale du travail en éducation à la santé) est un facteur de déstabilisation des enseignants ;
- plus généralement, la transposition directe et sans précaution des démarches et méthodes issues de la santé publique présente le risque de conduire les enseignants à identifier l'éducation à la santé à un domaine réservé à des spécialistes.

de ressources, politiques d'établissement) et un vouloir agir (perception de son rôle d'éducateur à la santé, contexte de confiance, de reconnaissance) (4). La formation en éducation à la santé relève ainsi d'un ensemble complexe de dispositifs de formation visant à permettre aux enseignants d'accéder à l'autonomie, d'être capable de prendre en compte l'éducation à la santé dans leur propre pratique. Ce sont eux qui sont au contact, au quotidien, des élèves et des familles et sont les mieux à même d'élaborer des dispositifs pertinents.

### **Prendre en compte l'identité des enseignants**

Il n'y a rien d'évident *a priori* à ce qu'un professeur de mathématiques en lycée se sente acteur d'éducation à la santé. La perception qu'il a de sa mission n'est pas centrée sur la prévention des conduites à risques ou la promotion de la santé. Il est difficilement envisageable de mettre en œuvre une formation pertinente si l'on ne prend pas en compte ce qui fonde l'identité professionnelle des professeurs, à savoir l'enseignement. Mais ce n'est pas suffisant, selon l'expérience des enseignants stagiaires (formation initiale ou continue), leur niveau de professionnalisation (débutant, confirmé ou expert), le niveau d'enseignement (premier degré ou second degré), les dispositifs de for-

mation devront être adaptés. Dans tous les cas, les formateurs en éducation à la santé ont un travail important de médiation à fournir. Il est souvent difficile à un seul formateur d'être à la fois héritier de cette culture professionnelle et expert en éducation à la santé. C'est la raison pour laquelle l'immense majorité des actions de formation est réalisée en partenariat (2).

### **Une démarche d'éducation à la santé centrée sur l'élève**

En milieu scolaire, l'éducation à la santé des élèves n'est ni placée dans la perspective d'une simple transmission de règles, ni dans celle d'un conditionnement de l'élève par une transformation finalisée de comportements<sup>1</sup>. Ces éléments ont des conséquences importantes sur la nature des formations dispensées. Il s'agit de situer l'éducation à la santé au cœur de la mission d'éducation à la citoyenneté de l'école, de situer sa légitimité non pas en référence première aux problèmes de santé mais par rapport à la capacité à faire des choix éclairés et responsables (1). Viser l'émergence d'esprits capables de penser par eux-mêmes, c'est donner les moyens aux enfants et aux adolescents de résister aux formes d'emprise auxquelles ils sont confrontés ici et maintenant : les stéréotypes, la pression des pairs, le pouvoir des médias mais aussi

leurs propres réactions émotionnelles immédiates, etc.

Sur cette base, il est possible de fournir aux enseignants les moyens de travailler de façon très concrète dans les deux domaines de leur action (enseignements et contribution au travail collectif à l'échelle de l'établissement). On peut donner quelques exemples. Il peut s'agir d'aspects de technique didactique – élaborer une séance de classe centrée sur le développement de l'esprit critique en référence aux stéréotypes sociaux en ce qui concerne la consommation d'alcool par les adolescents, etc. – et pédagogique – comment prendre en compte les représentations que se font les élèves de leur corps, de leur bien-être, de leur santé ? – ; ou de savoir-faire plus généraux – relation aux élèves, gestion de l'autorité, accueil des familles, gestion des partenariats, etc. – mais aussi des savoir-être de l'enseignant – expression orale et corporelle, etc. – sans oublier l'apport de connaissances.

La formation doit également accorder une large place aux questions éthiques : l'articulation de la mission de l'école et de celle des familles, la question de la normativité, les précautions indispensables pour ne pas empiéter sur l'intime, la validité des savoirs transmis, etc.

## ► Références bibliographiques

- (1) Nourrisson D. *Éducation à la santé XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*. Rennes : ENSP, 2002 : 157 p.
- (2) Jourdan D., De Peretti C., Victor P., et al. État des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). In : Jourdan D. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions universitaires du Sud, Coll. École et santé, 2004 : 401 p.
- (3) Jourdan D., Piec I., Aublet-Cuvelier B., et al. *Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire*. Santé publique 2002 ; 14 ; (4) : 403-23.
- (4) Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'organisation, 3<sup>e</sup> édition, 2004 : p. 56.

En tout cas, il est davantage question ici de montrer comment appréhender différemment son métier d'enseignant plutôt que d'ajouter, à tout prix, une nouvelle matière.

On le voit, la formation des enseignants reste un véritable défi ; pour autant, il nous paraît important de conclure sur l'émergence récente, en partenariat avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), du réseau des IUFM en « Éducation à la santé et prévention des conduites addictives ». La constitution de ce réseau est de nature à permettre une mutualisation de l'expertise des formateurs à l'échelle nationale et ainsi soutenir et dynamiser la prise en compte de l'éducation à la santé dans les plans de formation.

**Franck Pizon**

Maître formateur,

**Didier Jourdan**

Professeur des Universités,  
IUFM d'Auvergne, Clermont-Ferrand.

*1. « Elle vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure ». Circulaire 98-237 du 24 novembre 1998.*

# Apprends à porter secours... et connais-toi toi-même

**Apprendre à porter secours, dès l'école maternelle et tout au long du premier et du second degrés, peut être un axe fort de l'éducation à la citoyenneté. Si, pour l'enfant, la santé est souvent une centration sur soi-même, « Apprendre à porter secours » est une attention portée à l'autre, au regard de connaissances multiples et variées, au-delà notamment des aspects affectifs et socioculturels.**

Notre démarche d'apprentissage des élèves aux premiers secours s'appuie sur des projets globaux de formation, interdisciplinaires, avec une triple entrée : la connaissance du corps (équilibre, fonctionnement), l'évaluation des risques comportementaux (alimentation, hygiène, sécurité, respect des règles, respect des autres, conduites à risque, etc.) et, enfin, le développement langagier de l'élève dans ses différents axes (lexique riche et approprié, recherche ou proposition d'explications, débat et communication).

Ces projets permettent de donner du sens aux apprentissages des élèves, sous les conditions de prendre un caractère concret, authentique et crédible, d'être menés en partenariat (partiellement) avec des organismes divers de santé, de secours ou de sécurité (pompiers, médecins, infirmiers, police, etc.), et d'être relayés auprès des familles (connaissances communes et partagées).

Ils portent essentiellement sur la vie de l'enfant ou de l'élève : comportement comme piéton, comme utilisateur de la rue, des espaces de loisirs ou des objets courants de la maison et de l'école, comme utilisateur d'engins et de matériels, dans des situations diverses d'éducation physique, etc. Ces projets peuvent être soutenus par l'équipe enseignante, d'une part, mais également portés par le « conseil municipal

enfants » d'autre part, qui trouve là une valorisation auprès de la cité.

## Des apprentissages interdisciplinaires

Dès la maternelle, les apprentissages portent surtout sur l'observation (situations inhabituelles de danger) et sur le langage oral (demander de l'aide, décrire une situation, nommer les différentes parties du corps).

Une école maternelle pourra par exemple, avec l'aide de parents, organiser un grand jeu dans lequel, des équipes hétérogènes de trois ou quatre élèves pourront passer d'atelier en atelier. À chaque étape, l'équipe aura à répondre à une situation proposée : d'observation, de communication, de réaction face à un danger potentiel, d'alerte à un adulte, de discrimination visuelle, de mémoire, de classement, de tri, etc. Exemple : observer puis décrire oralement une scène, téléphoner et se présenter, trier des images présentant des dangers ou non, nommer plusieurs parties du corps, reconnaître les véhicules de secours parmi d'autres, mémoriser visuellement des objets puis nommer ce que l'on a vu, connaître les numéros d'appel d'urgence, etc.

L'école élémentaire orientera davantage son travail sur les premiers gestes essentiels, sans dramatiser les situations et tout en confortant les acquisitions sur leurs justifications et conséquences.

Le travail n'est pas spécifique sur les premiers secours mais très étroitement lié aux autres disciplines, comme l'éducation physique et sportive, les sciences ou la maîtrise du langage (décrire, dire, expliquer, etc.).

Au cycle 2, les enseignants peuvent axer les recherches avec les élèves sur les comportements individuels et collectifs, la prise de risque, la sécurité, tout en poursuivant le travail commencé au cycle 1 sur les aspects de discrimination visuelle et de communication.

Par exemple, une classe de CP se rend à la piscine de son quartier. L'équipe enseignante décide de travailler sur la prévention et la sécurité : le comportement sur le trottoir, le respect du code du piéton, l'observation des comportements à risques dans la rue, la découverte de la piscine avec ses dangers potentiels et le règlement intérieur, le comportement individuel dans le bassin et sur les abords. De plus, des situa-

tions jouées sont proposées aux élèves pour apprendre à réagir face à un accident (ex. : glissade sur le bord du bassin, fracture d'un membre). Qu'observons-nous ? Qui prévenons-nous ? Que faut-il dire ? Que faisons-nous en attendant les secours ?

Les jeux de rôles au cycle 3 prennent une plus grande importance, ainsi que les gestes abordés et leurs justifications, autant que possible dans des situations proches de la réalité.

Ainsi, par exemple, un enseignant de CM1 propose à ses élèves un travail en endurance (sur un module interdisciplinaire sur six à sept semaines). Les élèves doivent, d'une part, progresser sur la durée de course, mais également acquérir des notions sur le fonctionnement musculaire (dépense énergétique et fatigue) et sur les incidences d'une course longue sur le rythme cardio-pulmonaire. Ce travail les amène à comprendre les effets de l'effort en durée

et apporte des réponses à leur questionnement (comprendre les petites douleurs, les crampes, les points de côté, l'essoufflement, etc.).

Le travail spécifique APS arrive ensuite sur les dysfonctionnements éventuels. L'enseignant propose des situations telles que « la crise d'asthme », « la perte de connaissance » ou « l'entorse » qui peuvent se produire au cours de ces activités sportives. Les élèves apprennent ainsi à repérer les signes de traumatisme, de malaise ou de détresse et à y répondre efficacement. La mise en position latérale de sécurité est abordée à cette occasion.

Outre les acquisitions sur le corps, en sciences ou en éducation physique, les situations permettent de développer des connaissances citoyennes (comportement de groupe, règles de vie) et des valeurs morales, comme la solidarité, la responsabilité, l'altruisme.

### **Incidences sur la vie de l'école**

Un des premiers effets est de souder l'équipe enseignante autour du projet et de donner de la cohérence à cette construction lente qu'est la citoyenneté. De plus, cela leur permet de porter un autre regard sur certains élèves en difficulté sur le plan scolaire, qui peuvent, dans cette démarche, s'investir totalement et atteindre ainsi les compétences attendues.

Ces projets apportent aux élèves une meilleure compréhension des enjeux des apprentissages demandés, des consignes à respecter, des règlements en vigueur (à l'école, à la piscine, en classe, en éducation physique et sportive) ou des manifestations physiques produites par l'effort, ce qui conduit à une autorégulation des comportements collectifs et individuels et une diminution de la violence à l'école.

Des bénéfices importants apparaissent également au niveau des familles et des relations parents/enseignants. Les actions entreprises valorisent le travail réalisé à l'école autour de la responsabilité et apportent même des connaissances dans les démarches à entreprendre pour le parent citoyen (prévention, protection, alerte).

**Pierre Martin**

Conseiller pédagogique  
départemental du Maine-et-Loire.

# L'éducation à la sexualité, pour prendre confiance en soi

**L'information et l'éducation à la sexualité ne sont plus l'apanage des seuls professeurs de SVT. Dans un lycée d'enseignement général et technologique de Saint-Étienne, dans la Loire, le thème est abordé par l'ensemble des enseignants. Ce dialogue – plébiscité par les lycéens – permet d'améliorer les relations sociales filles/garçons, les incite à s'adresser plus spontanément à l'infirmière scolaire et à l'assistante sociale. Entretien avec le conseiller principal d'éducation, également formateur en éducation à la sexualité.**

**La Santé de l'homme : *Que recourent vos activités professionnelles et comment se complètent-elles ?***

**Olivier Bihel :** Je travaille, depuis un an, dans un établissement qui accueille mille huit cents élèves dans lequel le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) est bien structuré et propose beaucoup d'actions. Mon rôle de conseiller principal d'éducation (CPE) me permet de côtoyer les différents professionnels et les parents d'élèves, et d'être à l'écoute des préoccupations des élèves. Le passage au monde adulte est au cœur de leur questionnement, ils doivent intégrer ce que cela signifie et implique comme responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres. Avant, on parlait de la maison familiale pour aller travailler, maintenant, avant l'entrée dans le monde du travail, le jeune va traverser un « *no man's land* » entre le lieu de son enfance et ce qu'il va devenir.

Dans l'académie de Lyon, j'interviens, avec trois autres formateurs, dans le cadre de la formation continue des acteurs de l'Éducation nationale qui choisissent de se former à l'éducation à la sexualité. Il existe deux types de formations : soit des formations programmées à destination de professionnels de différents établissements, soit des formations ponctuelles sur site, le plus souvent dans le cadre du Cesc, pour conforter la mise en œuvre d'une démarche de projet et contribuer à définir une culture commune entre les différents intervenants.

Il y a quatre ans, je formais surtout des enseignants dont les disciplines les amènent à parler de sexualité, comme les professeurs de sciences de la vie et de la terre (SVT). Aujourd'hui, ce sont vraiment des formations pluricatégorielles : des professeurs d'histoire-géographie, de philosophie, de français, qui s'intéressent particulièrement aux questions du langage et de la relation à l'autre ; des professeurs d'éducation physique et sportive qui font un lien entre la relation au corps et la sexualité ; bien évidemment, des médecins, des infirmières ; des assistantes sociales, qui y trouvent des éléments leur permettant de prévenir les violences ; et enfin, des chefs d'établissement.

**S. H. : *Quel rôle remplit le Cesc et de quelle façon l'éducation à la sexualité est-elle prise en compte dans votre établissement ?***

Dans ce lycée, les actions menées dans le cadre du Cesc étaient plutôt ponctuelles et juxtaposées les unes aux autres, chacune avec son objectif et sa méthode d'intervention. Le Cesc intègre désormais une approche globale prenant en compte toutes les dimensions des jeunes. La volonté du chef d'établissement d'en faire une priorité a été déterminante et bien soutenue par les personnels de santé et sociaux de l'Éducation nationale.

À mon arrivée, le Cesc n'avait pas intégré d'actions d'éducation à la sexualité, alors qu'en fait la loi impose de le faire. C'est un sujet qui intéresse les élè-

ves, les personnels de santé et sociaux, les conseillers principaux d'éducation et les professeurs de français, qui établissent un lien entre « sexualité et histoire » ou « sexualité et médias », les professeurs de SVT, d'enseignement civique juridique et social, etc. Développer des actions d'éducation à la sexualité permet d'amener les jeunes à débattre sur ces nombreux sujets.

Nous avons choisi d'intervenir au troisième trimestre auprès des classes de seconde. Il est important que le temps de l'intervention se déroule durant les heures de cours, ce n'est pas une cerise sur le gâteau, cela fait partie du gâteau, de la relation aux adultes. Dans les classes de seconde de cet établissement, nous avons trente-cinq élèves par classe. Il est nécessaire en éducation à la sexualité d'intervenir en demi-groupes avec deux adultes par demi-groupe. Cela suppose donc de mobiliser quatre adultes formés en même temps. Comme un des objectifs était de favoriser le dialogue entre les filles et les garçons, nous avons constitué des groupes mixtes. Il était important qu'ils échangent sur leurs représentations, leurs motivations, qu'ils se parlent tout simplement. Pour chaque classe, l'intervention dure une heure trente. Nous commençons par un *brainstorming*, écrivons le mot « sexualité » au tableau et attendons en silence pendant dix minutes que chacun vienne écrire un mot quand il se sent à l'aise. Rapidement le tableau est noirci et on peut commencer à échanger. Bien sûr, auparavant, on aura donné les

consignes d'usage sur le cadre d'une intervention en éducation à la sexualité : le respect de la parole, la distinction entre espace public, espace privé et espace intime ; faire un effort sur soi pour être compris, pour ne pas blesser l'autre, etc. Nous échangeons à partir de ce que les élèves ont inscrit sur le tableau, mais il y a toujours des thèmes incontournables. Cette année, nous avons fait circuler une feuille d'évaluation auprès des élèves : la totalité d'entre eux disent qu'elles sont utiles et 90 % d'entre eux répondent que ces interventions sont importantes pour eux.

### **S. H. : *Quels sont les principaux effets de ces actions ?***

En termes de modification de comportements, on observe un changement dans le rapport à l'autre, non seulement entre pairs mais aussi avec les adultes. Les élèves établissent bien la différence quand leurs professeurs sont dans une situation d'enseignement et quand ils sont en situation d'animateurs. En outre, ces actions augmentent la confiance en eux-mêmes.

Elles contribuent en quelque sorte à enlever un « grain de sable dans un rouage », elles explicitent des choses. En effet, dans certains cas, la sexualité n'avait jamais été abordée auparavant, pas même dans la famille ou le quartier, c'est la première fois qu'ils entendent certaines choses, et cela les rassure. Le développement de la sexualité peut mobiliser une grande énergie chez eux et certaines questions peuvent devenir des préoccupations majeures ; si l'on arrive à les rassurer, à les apaiser, ils peuvent investir les relations sociales autrement, ils peuvent se consacrer à leurs études, cela les libère.

Cette confiance se traduit notamment par le fait qu'ils vont voir plus volontiers l'infirmière ou l'assistante sociale, le CPE. Ils se prennent en charge plus facilement, parlent de façon plus respectueuse et modifient leur vocabulaire. Ces actions d'éducation à la sexualité contribuent à construire la personnalité des jeunes. Au niveau des CPE, on les voit assumer ce qu'ils ont à assumer et poser les bonnes questions sur la façon dont on peut les accompagner.

Pendant les interventions, nous faisons émerger les attentes des jeunes avec des techniques comme le « remuement des méninges » et nous les faisons débattre en fonction des sujets proposés et de leurs préoccupations. Souvent, ce sont les thèmes « sexualité et loi » ou « désir/plaisir » qui sont abordés.

Dans cet établissement – contrairement à celui où j'étais précédemment – les jeunes ont déjà beaucoup de respect les uns pour les autres. En lycée professionnel, il fallait entrer plus directement dans le vif du sujet et aborder tout de suite les questions de la différence entre les filles et les garçons, de l'égalité entre les sexes. Toutefois, il y a toujours des thèmes récurrents et incontournables, comme la définition de la sexualité humaine, préciser ce qui est du ressort de la sexualité humaine et ce qui ne l'est pas. Il est également important de parler des stéréotypes de rôles, de l'orientation sexuelle, des violences sexuelles, de la pornographie. Nous apercevons qu'une majorité d'entre eux s'informe par le biais de ces images et il faut pouvoir en parler avec eux, leur faire prendre de la distance afin qu'ils puissent continuer leur chemin de manière apaisée. Les jeunes filles surtout sont influencées par les images médiatiques et se posent la question suivante « *Comment j'adapte ce nouveau corps ? En fonction des images qui me sont proposées, ou en fonction de mon propre projet, de ma capacité à prendre soin de moi.* » Ils ont un travail important à faire pour s'approprier leur

propre sexualité. Ils ont besoin que des adultes les entendent et les accompagnent, pas seulement dans une relation d'aide individuelle mais aussi collectivement, dans un cadre où le respect de soi, de l'autre, la tolérance et la non-violence sont les valeurs garantes d'un débat constructif.

En éducation à la sexualité comme en éducation à la santé, il faut tenir compte du fait que le développement de la personne se fait de façon continue, que l'adolescence en est une étape importante ; les élèves doivent être aidés à ne pas subir d'influence ou de pression extérieure, mais à construire ce qui correspond à leur projet personnel.

### **S. H. : *Comment développer encore l'éducation à la sexualité dans l'établissement ?***

Il existe plusieurs pistes de réflexion pour cette année scolaire ; ainsi, certains élèves se rendent à l'hôpital de jour, à côté du lycée, pour des problématiques liées au corps (anorexie par exemple), il est important de les rassurer, d'en parler, même si cela relève davantage d'une relation d'aide individuelle que de séances d'éducation à la sexualité.

Le lycée est « pilote » dans le cadre du plan lycée sans tabac, il serait intéressant de lier aussi, sexualité et conduites à risques, non plus sur les seuls risques sexuels mais aussi sur les conduites addictives ayant des répercussions à terme sur la sexualité, au plan individuel, relationnel et social, en raison de l'influence de certains types de produits (THC, alcool, tabac, cannabis, médicaments, Viagra®, etc.).

Il faut insister sur le fait que l'éducation à la sexualité est en lien avec les objectifs de l'éducation à la santé et à la citoyenneté. Obligatoire, elle n'est pourtant pas encore développée dans tous les établissements. La formation des adultes est nécessaire pour qu'ils interviennent sur ce sujet. Cela prend du temps, mais on sent que la dynamique est en place, c'est encourageant.

Propos recueillis par  
**Sandrine Broussouloux**  
et **Nathalie Houzelle**

# Profession, infirmier scolaire en Guyane

**Infirmier scolaire dans un lycée de Saint-Laurent-du-Maroni, en Guyane, Maurice Joseph intervient régulièrement auprès des élèves sur la sexualité, l'hygiène de vie, la prévention des conduites addictives. En complément, des professionnels de santé effectuent des séances d'information et de prévention en fonction des demandes formulées par les lycéens ? C'est le cas des sages-femmes sur la maternité et la sexualité.**

**La Santé de l'homme : Vous êtes infirmier au lycée Bertaine-Juminer à Saint-Laurent-du-Maroni, en quoi consiste votre travail quotidien ?**

**Maurice Joseph :** J'ai passé le concours d'infirmier de l'Éducation nationale il y a trois ans, auparavant je travaillais aux urgences à l'hôpital de Cayenne. J'aime vraiment ce que je fais maintenant, en particulier le contact avec les élèves.

Le lycée Bertaine-Juminer accueille mille deux cents élèves, avec une section générale, une section professionnelle (mécanique, charpente, cuisine, etc.) et un internat de cent quarante places. Au quotidien, j'ai des tâches liées aux soins, à la prévention ainsi qu'à la sécurité des ateliers. Je veille aussi à l'accueil des élèves handicapés. Les élèves ont entre 14 ans pour les plus jeunes et 23 ans pour les plus âgés parce que l'on a des bacs professionnels ; nous avons, dans ce lycée, autant de garçons que de filles.

**S. H. : Quelles actions de prévention proposez-vous aux élèves ?**

Je mène des actions dans les classes sur différents thèmes, notamment les conduites addictives, l'hygiène de vie et surtout la sexualité. Selon mes principes d'intervention, la prévention comporte trois domaines imbriqués : le biomédical, le psychoaffectif, et le social. Si l'on ne parle que de ce qu'il ne faut pas faire, si l'on ne reste que dans le domaine biomédical, on passe à côté de l'essentiel. Si l'on prend en compte la dimension relationnelle, on parle de ce qui les intéresse. Je ne pense pas que le fait de procéder uniquement à des mises en garde du type « protégez-vous » soit suffisant. Aussi, lors d'une

intervention, je veille à ce que les trois domaines soient présents sinon on passe à côté de l'objectif. Si on leur dit « Vous allez être malade si vous ne vous protégez pas », ce n'est pas concret et ils se disent « Ma foi, tant pis. » Alors que si on leur dit, « Si vous êtes malade vous risquez d'être rejeté, de ne plus avoir de copains », là on leur dit autre chose, on entre dans leurs préoccupations quotidiennes.

J'interviens par séances de deux heures qui réunissent plusieurs classes, cela fait environ soixante-dix élèves. Les groupes sont mixtes et les professeurs sont présents. Avant de démarrer, il est important d'explicitier les règles de fonctionnement du groupe : on ne parle pas de notre vie privée, et ce qui se passe dans cette salle ne regarde que nous. À la fin de l'intervention, je remets des fiches d'évaluation à chaque professeur, qui les fait passer en classe quelques jours plus tard, à froid.

En fonction des commentaires apportés dans les fiches, je peux être amené à refaire une intervention en fin d'année aux classes qui le demandent. Cette deuxième intervention se déroule autrement, ce sont les élèves qui deviennent acteurs. Je demande au professeur principal de me faire passer, de façon anonyme, les questions que les élèves veulent que l'on aborde. Par exemple, l'année dernière, en section cuisine, les questions des filles portaient majoritairement sur les dangers de l'accouchement, alors j'ai demandé à la sage-femme départementale d'intervenir.

Je travaille avec les deux conseillers principaux d'éducation : ce sont eux qui prennent en charge l'organisation des séances, mais aussi préviennent les élèves, motivent ceux qui sont réticents. Je

bénéficie également de l'appui total de la proviseure. En plus, depuis septembre 2004, le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) est constitué, cela permet d'avoir une structure pour recevoir des financements et de clarifier le rôle des partenaires extérieurs associés aux actions, cela clarifie le rôle de chacun. Quant aux enseignants, ils considèrent que ce sont des actions qui s'inscrivent à l'extérieur du cadre classique de l'enseignement. Les élèves voient dans le professeur quelqu'un qui note et qui sanctionne, ce n'est pas mon cas, et puis les classes sont mélangées, les élèves font bien la différence, ils ne sont pas en cours. De ce fait, ils s'impliquent bien dans ces actions.

**S. H. : Comment se déroulent les séances consacrées à l'éducation à la sexualité ?**

Au début de la séance, je fais un remue-méninges, je demande en premier aux filles ce que le mot « sexe » évoque pour elles, les garçons grondent dans leur coin, mais je leur impose le silence. Avec les filles surgit une dominante de mots qui se réfèrent au relationnel. Ensuite, je pose la même question aux garçons, et véritablement ils se « lâchent » et sortent des mots très crus, ils ne parlent que de l'organe et pas du tout d'une relation avec une autre personne. La discussion permet qu'ils s'en rendent compte.

Ensuite, j'ai recours à des outils comme le « photolangage<sup>®</sup> » et des clips vidéo pour amorcer des discussions qui vont permettre d'aborder la sexualité, non seulement du point de vue biomédical mais surtout affectif et social.

Par exemple, en ce qui concerne le respect garçon/fille, j'utilise des clips

vidéo. Les garçons du lycée pensent généralement que pour s'affirmer il faut multiplier les conquêtes. Le premier clip met en scène des filles lascives, en maillot de bain, etc. Des garçons arrivent en 4x4 et les filles leur tombent immédiatement dans les bras. Les garçons apprécient et affirment que c'est bien ce que les filles recherchent. Dans le deuxième clip, ce sont des filles qui arrivent en boîte et se comportent en conquérantes, elles poussent les garçons, les toisent, les traitent comme des esclaves... Les garçons réagissent toujours vivement : « *Qu'est-ce que c'est que ça ?* » « *Jamais de la vie* »... Le troisième clip relate l'histoire d'amour. On voit une fille dont le copain est en prison. Elle est l'objet de sollicitations de la part des garçons en 4x4 mais elle résiste et rend régulièrement visite à son amoureux. Quand il sort de prison, ils se retrouvent et vivent ensemble. À partir de ces trois clips, on parle des relations filles/garçons, je veille toujours à ce que la parité soit respectée pour ces séances ; si l'assistance est masculine, le discours se renforce et on ne peut pas travailler sur la prise de conscience.

Pendant ces séances, je peux aussi aborder la question de l'image sociale. Pour les jeunes, l'image, le « paraître » est très important. Pour les sensibiliser au sida, j'utilise un photolangage®. J'ai découpé des photos de personnalités qui ont déclaré leur séropositivité et je découpe d'autres photos de top modèles, de chanteurs et d'acteurs que je trouve dans des revues pour les jeunes.

Je mélange les photos, je les donne aux élèves et leur demande de les classer en deux groupes : d'un côté ceux qui sont malades et de l'autre ceux qui ne le sont pas. Toutes les personnes minces, jolies sont toujours celles qui sont bien portantes ; par contre, si, sur une des photos, ils notent un seul bouton, ou si la personne est trop maigre, c'est qu'elle est malade. Ensuite, je ramasse les photos, et on les remet ensemble dans les bonnes piles, ils sont surpris quand je range la photo de Magic Johnson du côté des malades. Ils se fient avant tout à l'image du sportif. Ou encore, comme les mannequins de J.-P. Gauthier sont très maigres, ils pensent toujours qu'elles sont malades. Cela contribue à amorcer une discussion et une réflexion sur les idées reçues, l'exclusion.

**S. H. : *Quand les élèves viennent vous voir individuellement à l'infirmerie, ce travail de prévention se poursuit-il ?***

À l'infirmerie, les filles viennent me demander pourquoi leur « copain » est comme ça. Si elles ont des problèmes plus intimes, elles préfèrent en parler à une femme. Je comprends et je les renvoie vers la sage-femme de la PMI. Nous travaillons en excellente coopération et elle reçoit toutes les élèves que je lui adresse.

Les garçons viennent plutôt chercher une confirmation, une réponse du type oui/non. Ils viennent me voir plus faci-

lement que leurs parents. Ils viennent chercher un adulte qui ne soit pas de la famille, parce qu'ils sont avec telle copine et ils voudraient savoir ce que j'en pense. Je ne rentre pas dans leur discours et je leur demande ce qu'ils pensent de leur copine, de quoi ont-ils peur ? Souvent, ils se posent des questions sur les garçons qu'elle a connus avant, dans ce cas, je leur conseille d'aller tous les deux au CDAG (ndlr : centre de dépistage anonyme et gratuit) et de continuer à prendre des précautions. D'autres viennent pour aborder des questions relatives aux pratiques sexuelles. Je ne suis pas sexologue, je leur dis que, les pratiques, ça se discute avec la partenaire, il faut que les deux soient d'accord.

Les garçons qui viennent me voir pensent qu'on a des techniques pour attirer ou retenir les femmes ! Il y a des garçons qui me disent « *J'ai fait telle décoction pour attirer telle fille* »... Parfois, il peut y avoir des pratiques dangereuses, je peux leur en parler, je connais ce qui se passe dans le magique-religieux. Je leur explique les risques. Ce n'est pas évident, surtout que ces pratiques pour attraper les filles, ils y croient. Certains vont jusqu'à se mutiler le pénis. Ils mettent des billes de roulement de vélo dedans sous prétexte que ça va attirer et retenir la fille. Je leur explique les risques infectieux d'une telle pratique. Pour les garçons, l'organe, il n'y a que ça. Deux ans après, il n'est pas rare qu'ils reviennent et me demandent où ils peuvent faire enlever les billes. Je les envoie chez ceux qui les leur ont posées à savoir les aînés. C'est une pratique « noire ».

**S. H. : *Et au-delà des séances ?***

Il y a deux ans, un groupe d'élèves a constitué une association « Communiquer la vie » qui fait de la prévention dans les quartiers. Ils sont douze, des garçons et des filles. Ils continuent l'action, ils prennent le relais. Début septembre 2005, tous ont bénéficié d'une formation de médiateur santé. On peut aussi penser que la baisse de 14 % du taux de grossesse dans l'établissement en trois ans est un indicateur des effets des actions de prévention que je mène.

Propos recueillis par  
**Sandrine Broussouloux**  
et **Nathalie Houzelle**

# Sensibiliser à la nutrition dès 6 ans

**En Lozère, animateurs en éducation pour la santé, infirmières et enseignants interviennent en équipe pour sensibiliser les élèves de CP à l'équilibre nutritionnel. Les enfants composent leurs repas et livrent leur perception par des dessins. Ce temps d'échange de trois heures permet d'aborder le poids de la publicité et la multiplication des goûters-grignotages.**

Comment mener une réflexion avec les enfants dès l'âge de 6 ans sur l'équilibre alimentaire, tout en gardant la notion de plaisir et en développant le concept de santé ? Telle est la question que le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) et les infirmières de l'Éducation nationale du département de la Lozère se sont posée.

Ce partenariat a abouti à l'élaboration d'un projet pédagogique intitulé « Alimentation, plaisir et santé », qui, depuis trois ans, permet à dix écoles primaires (niveau CP) de participer à l'effort national de prévention de lutte contre l'obésité. Cette action, financée par la caisse d'Assurance Maladie, est une illustration concrète du Programme régional de santé publique (PRSP) dans le Languedoc-Roussillon.

## Une méthodologie rigoureuse

Construire ce projet pédagogique a nécessité une formation préalable de quatre jours des infirmières à la méthodologie de projet. Acquérir un langage commun facilite grandement la mise en œuvre du projet, notamment l'élaboration de fiches techniques. Par ailleurs, la connaissance que les infirmières scolaires ont du terrain aide à la réalisation de l'action. L'équipe « Alimentation, plaisir et santé » est animée par deux coordonnateurs : le chargé de projet Codes (également animateur) et l'infirmière conseillère technique auprès de l'Inspecteur d'académie. L'élaboration du contenu de l'action a nécessité trois journées de travail avec sept infirmières, un test sur le terrain auprès d'une école volontaire afin de vérifier principalement le temps de déroulement de chaque séquence.

Le projet a ensuite été présenté à l'inspecteur d'académie puis aux inspecteurs de l'Éducation nationale et

aux directeurs d'école. À partir de là, les enseignants intéressés s'adressent au Codes ou à l'infirmière de leur secteur ; puis un calendrier d'interventions est établi. L'action se déroule sur une demi-journée et dure trois heures, elle implique trois animateurs (l'animateur Codes, l'infirmière et l'enseignant de la classe).

L'évaluation de l'action se fait à deux niveaux : une évaluation de l'intervention par l'équipe d'animation sous la forme d'un questionnaire et une évaluation au niveau des enfants sous forme de production de dessins. Ce sont ces dessins qui ont été retenus pour illustrer cet article. Un bilan de fin d'année nous permet de remettre à chaque animateur un document de synthèse concernant l'ensemble des interventions.

Ce projet demande peu de matériel, il suffit de disposer de soixante-dix pictogrammes fabriqués à partir de dessins en couleurs de fruits, de légumes, de boissons, d'aliments consommés par les enfants. Pour la partie « activité physique », l'enseignant utilise le matériel de l'école. Le goûter est fourni par l'animateur du Codes.

## Explorer les habitudes alimentaires de l'enfant

L'organisation de cette intervention comporte plusieurs temps forts.

### « J'aime, j'aime pas »

Après une présentation de notre intervention aux enfants, les animateurs leur demandent de venir au tableau pour choisir parmi de multiples pictogrammes l'aliment qu'ils préfèrent et celui qu'ils détestent. À travers « J'aime, j'aime pas », ils peuvent s'exprimer sur leurs choix, échanger des avis sur la notion de goût. Ensuite, ils doivent

réunir ces aliments sous forme de familles – un code couleur discret permettant de les guider – et leur donner un nom. S'enchaîne alors la notion de repas et d'équilibre alimentaire. Si la classe est dynamique, ils ont la possibilité de composer, à partir des pictogrammes, différents repas équilibrés. Le goûter est plus particulièrement travaillé. En effet, ils composent très souvent eux-mêmes ce repas et il convient de leur fournir d'autres pistes que le traditionnel « paquet de gâteaux accompagné de soda ».

## Le lien alimentation, activité physique et santé

Avec l'aide de l'enseignant, les enfants pratiquent une activité physique intense pendant dix minutes. Après cet effort, ils sont amenés à exprimer leurs sensations, à établir le lien entre dépense énergétique, alimentation et bien-être. À cette occasion, la sédentarité face à l'écran (télévision, jeux vidéo, etc.) est ouvertement débattue.

### « Pourquoi la publicité ne nous explique pas plus ? »

La place et la représentation de la publicité sont longuement abordées. Nombre d'enfants rencontrés sont critiques : « On voit la pub sur la gourmandise et pas trop sur les fruits et les légumes ! » notent-ils. D'autres assistent passivement à sa diffusion entre deux dessins animés sans avoir d'opinion. « Je regarde la pub mais c'est un peu faux, c'est pour les enfants plus petits que nous. » Mais tous sont conscients qu'elle fait acheter le produit « Quand c'est nouveau je veux essayer mais, des fois, c'est pas bon. »

Ils aiment raconter le scénario publicitaire du moment, échanger leurs impressions mais ils concluent souvent que ce monde merveilleux présenté est

une source de déception. En effet, ils constatent que le produit annoncé est loin de correspondre à leur attente : « *Ma sœur a essayé de couper le gâteau pour s'envoler dans le ciel, mais c'était pas vrai...* », « *Ils font croire qu'il y a des beaux trucs qui existent...* »

Ils ont aussi compris que la publicité suscite toutes sortes d'envies... et de frustrations : « *Ça donne envie de manger* », « *Des fois, quand ça passe tous les jours, on a envie du gâteau* », « *Moi, c'est le jouet que je veux et je fais des colères si je ne l'ai pas.* » Au total, un seul enfant a mis en avant un côté positif : « *Des fois, ils montrent comment le pâtisier fait le chocolat.* »

Au cours de la dernière demi-heure d'intervention, les animateurs leur offrent un goûter : diverses variétés de pain, des fruits épluchés et coupés, du lait, du chocolat noir. Ce repas agréablement présenté et convivial surprend toujours les enfants. Enfin, en clôture de cette demi-journée, chaque enfant dessine le moment fort qui illustre le mieux

pour lui cet après-midi. Les dessins composent un livret destiné aux classes participantes, illustrant les notions d'équilibre alimentaire.

### **Et les parents dans tout cela ?**

Lors de la reconduction du projet en 2004-2005, il nous a semblé évident d'associer les parents à cette action. Même si l'école s'inscrit dans une démarche éducative, les principaux éducateurs de ces enfants sont leurs parents. Deux cents parents des classes concernées ont été contactés par questionnaire avant l'animation. Les questions portaient sur les habitudes alimentaires de leur enfant, sur ses activités notamment sportives, sur son rythme de vie. 85 % des familles ont répondu. L'exploitation de ce questionnaire a permis de constater que certains enfants « goûtaient » jusqu'à quatre fois par jour. À noter que les enfants de 6 ans n'emploient pas le mot de grignotage, mais plutôt celui de goûter, et ils peuvent « goûter » à des heures très variables de la journée. Ce constat nous a conduits, lors de l'activité « *J'aime,*

*j'aime pas* », à redéfinir chaque terme et à expliquer le rôle du « vrai » goûter.

Les parents sont difficiles à réunir, mais ce questionnaire permet au moins d'amorcer la réflexion, notamment sur la nécessité de maîtriser la quantité et la fréquence d'aliments industriels riches en sucre, en matières grasses. Une trentaine de parents, essentiellement des mères, ont participé à ces réunions d'information ; les parents ont conscience de l'importance de maintenir un bon équilibre alimentaire au niveau familial, mais recherchent le conseil et apprécient ce type d'échange.

Cette sensibilisation menée auprès des écoles participantes a commencé à porter ses fruits puisque des changements encourageants de comportement semblent se dessiner, notamment une amorce de réductions des goûters-grignotages lors des récréations.

**Claudine Vigier**

Infirmière conseillère technique,  
Inspection académique de Lozère.



# Sevrage tabagique et lycéens, un défi d'émancipation

Depuis 2001, le comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France et le réseau francilien des comités départementaux d'éducation pour la santé avec les trois rectorats de la région Ile-de-France<sup>1</sup> ont voulu tenter d'inverser la proposition libératrice des cigarettiers, qui proposent le tabac comme un outil d'émancipation sociale<sup>2</sup>, et convaincre les lycéens que fumer est une contrainte et le sevrage une libération. C'est le programme « Aujourd'hui, je ne fume pas ».

Un quart des élèves arrivent à l'âge du lycée en fumant quotidiennement alors qu'ils arrêtent sans difficulté pendant les vacances. L'action de fumer est donc très fortement liée à l'environnement du lycée et interdire la consommation sans accompagnement ne fait que la repousser aux abords de l'établissement scolaire, renforçant le côté emblématique et identitaire du tabac rebelle, avec les risques de favoriser les contacts avec d'autres produits. L'action vise donc à engager les lycéens dans une réflexion sur leur consommation et les démarches de sevrage, dans une logique de continuité et de répétitivité pour leur permettre de progresser à leur propre rythme.

## Un discours personnalisé et positif

Le partenariat avec l'établissement d'enseignement est très important car l'équipe doit s'impliquer fortement. Ce projet sert parfois d'accompagnement à la mise en place de la loi Evin dans le lycée. Quatre journées (*voir article page suivante*) abordant différentes thématiques croisant le tabac sont organisées chaque année dans les établissements, animées par des membres de l'équipe pédagogique et l'infirmière scolaire avec le comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Crésif), les comités départementaux d'éducation pour la santé et de nombreux partenaires (Anpaa, CMR, Ligue contre le cancer).

Des actions successivement collectives et semi-collectives sont proposées, afin de favoriser la construction d'un discours propre aux lycéens sur le sevrage tabagique. Les informations données lors des exposés sont toujours positives et portent sur les acquis du sevrage, sur le fait qu'une rechute n'est pas un échec, mais stigmatisent aussi les stratégies des cigarettiers comme manipulant les jeunes afin de gagner de nouveaux marchés. Elles portent aussi sur les consommations croisées de produits, même si elles restent concentrées sur le tabac.

Les actions semi-collectives reposent sur l'usage du CO-testeur, outil de mesure du monoxyde de carbone dis-

sous dans le sang, qui matérialise l'impact immédiat du tabagisme sur le corps. Cette concrétisation permet de dépasser le stade de déni et d'envisager positivement le sevrage tabagique. Les demandes d'accompagnement sont orientées vers les dispositifs de droit commun et les non-fumeurs sont confortés dans leur comportement.

Des outils spécifiques au programme (affiches, fiches actions, carte de suivi, etc.) ont été mis au point et sont disponibles sur le site du Crésif.

### Une dynamique régionale en marche

Une évaluation de processus est effectuée en continu sur la base de plusieurs outils (questionnaires et grilles), et une évaluation de résultats est effectuée chaque année. Elle a montré en 2005 qu'un quart à un tiers des élèves qui se disaient fumeurs à la rentrée scolaire se sont arrêtés pendant l'année.

La réunion régulière d'un certain nombre d'instances de concertation aux niveaux régional et départemental a permis d'asseoir une dynamique de partenariat très forte à tous les niveaux

du projet, dynamique qui se répercute sur les autres actions menées en commun avec ces structures. Ainsi, dans les établissements partenaires, le programme s'inscrit dans les projets d'établissement et s'articule avec le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc).

Après une phase d'élaboration conjointe qui a duré une année scolaire, une deuxième année a été consacrée à l'expérimentation auprès de quinze lycées pilotes. Les années scolaires 2003-2004 et 2004-2005 ont vu la généralisation de l'opération à dix lycées par département concerné, soit un total de cinquante lycées. Une formation des infirmières de l'Éducation nationale a été organisée par la suite dans un des six départements, ainsi qu'une journée d'échange de pratiques sur le sevrage tabagique.

Les bons résultats de l'année scolaire 2004-2005 nous ont conduits à mettre en place pour l'année scolaire actuelle un questionnaire dans des lycées témoins afin de discerner l'effet du programme d'une éventuelle baisse généralisée du tabagisme.

En conclusion, au-delà du sevrage concret, aborder la question du tabac avec les lycéens permet de traiter directement les questions de dépendance et du rapport à soi, à ses consommations. Cette démarche éducative est d'ailleurs transposable à d'autres thèmes, comme l'alimentation.

**Stéphane Tessier**

Médecin, directeur,

**Émilie Bissette**

Chargée de projet, Crésif, Paris.

*1. Rectorats de Paris, Créteil et Versailles. Ce programme bénéficie au plan régional du soutien de l'INPES, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) (dans le cadre du dispositif emploi jeune tabac), de la caisse régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (Cramif) et au plan départemental du soutien de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), des caisses primaires d'Assurance Maladie du Val-de-Marne, de la Seine-et-Marne, des Hauts-de-Seine, du Val-d'Oise et de l'Essonne, des directions départementales de l'Action sanitaire et sociale, des conseils généraux des départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val-d'Oise.*

*2. On peut en trouver l'illustration dans l'apposition du slogan « Liberté toujours » juste au-dessus des mentions légales sur certains paquets de cigarettes.*

Pour en savoir plus : [www.cresif.org](http://www.cresif.org)

## Quatre jours d'animation pour les lycées volontaires

Chacune des quatre journées d'intervention est centrée sur un thème, choisi d'un commun accord avec l'équipe éducative (enseignants, personnels d'éducation, infirmiers, médecins) de l'établissement. Des thèmes fréquemment retenus sont :

- tabac, alcool et cannabis ;
- tabac et sport ;
- tabac et stress ;
- tabac et alimentation.

Pour appuyer la mise en œuvre du projet, une boîte à outils est mise à la disposition des équipes et comprend :

- un jeu de cinq affiches qui jouent sur le registre du défi et de la dédramatisation du sevrage dans un esprit positif en utilisant l'autodérision. Le fil conducteur est le mouton. Chaque affiche utilise le concept d'une parodie d'affiche de cinéma ;

- une série de fiches-actions regroupant treize thèmes choisis en fonction des préoccupations des adolescents :

au format d'une demi-page, elles ont pour mission de présenter les objectifs, l'état des lieux et les suggestions d'action par thématiques ;

- une carte de suivi individuel, personnalisée, qui est donnée à chaque élève au stand CO-testeur.

En fonction du thème, l'intervenant du Crésif sera accompagné de l'infirmière et régulièrement d'un autre intervenant extérieur pour animer la journée. Cet intervenant peut être une diététicienne, un tabacologue, un médecin du sport (comité régional olympique et sportif), un membre de l'équipe mobile de prévention santé de la mairie de Paris (EMIPS) ou de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), une compagnie de théâtre-forum (Compagnies « Entrées de jeu » et « Théâtre du chaos »). Il arrive que les membres de l'établissement proposent eux-mêmes un intervenant – le cas s'est présenté

pour un médecin et une relaxologue. Quel que soit le thème de la journée, un stand CO-testeur est installé, permettant aux élèves de mesurer leur taux de monoxyde de carbone dans le sang. Tous les lycéens ont accès à ce stand, et pas seulement les élèves des quatre classes auprès desquelles sont menées les interventions.

En ce qui concerne les locaux, il est demandé à l'administration de l'établissement de préparer les salles avant la journée d'intervention. Ces salles, visitées au préalable, doivent être suffisamment vastes pour permettre d'organiser simultanément plusieurs ateliers. Cette organisation est particulièrement importante lorsque les thèmes du cannabis et de l'alcool doivent être abordés dans des conditions adéquates de confidentialité. Le stand CO-testeur, lui, est installé dans un lieu de passage, pour être visible et accessible à tous.

L'intervention démarre le matin. Chaque classe est reçue durant une heure dans la salle prévue, les élèves tournant d'un atelier à l'autre, par petits groupes. La priorité est donnée aux échanges et à l'expression. Compte tenu des délais d'entrée-sortie, et de remise en ordre de la salle après chaque intervention, deux classes sont reçues le matin, et deux l'après-midi.

Le stand CO-testeur est ouvert durant deux heures, généralement durant la pause de midi. Il est entouré d'affiches informatives, et des dépliants y sont distribués de manière à sensibiliser à la question du tabac les élèves qui n'ont pas pu participer aux interventions en atelier. En deux heures, une quarantaine d'élèves environ se font tester, parmi lesquels on compte autant de filles que de garçons, et de l'ordre de 60 % de fumeurs. Il faut souligner que le passage au stand est une démarche plus personnalisée que la participation aux ateliers. D'abord, parce que les élèves objectivent un effet du tabac sur leur propre organisme. Ensuite, parce

que le test peut être suivi, à la demande, d'un entretien avec l'intervenant du Créatif ou le tabacologue.

L'évaluation de processus en continu se réalise à partir de différents outils :  
– grille animateur et tableau de bord. Ces deux outils permettent une description qualitative des journées et les retracent au travers du ressenti des animatrices ;  
– questionnaire préalable à l'entretien individuel (CO-testeur). Ce questionnaire à l'attention des lycéens venant au stand du CO-testeur permet d'obtenir des données quantitatives sur l'échantillon des lycéens rencontrés et de mieux cerner le comportement des adolescents et de leur milieu en matière de tabagisme ainsi que leur attitude face au sevrage ;  
– évaluation par les personnes référentes. Ce questionnaire est destiné à recueillir l'appréciation du programme par les personnes impliquées dans l'établissement ainsi que les perspectives. Cela permet également de faire apparaître les divergences, si elles existent,

entre l'objectif réel et celui ressenti ;  
– la grille de suivi infirmière. Cette grille qui s'adresse à l'infirmière et qui permet un suivi des lycéens entre les journées d'action sert à comptabiliser les élèves rencontrés entre les journées d'intervention et à recenser les points importants de la discussion.

Depuis la rentrée 2004-2005, de nouveaux outils d'évaluation qualitative complètent ceux précédemment cités :  
– évaluation de l'intervention par les lycéens. À la fin de chaque animation, l'intervenant récolte à l'aide d'une grille l'appréciation des lycéens. Les lycéens évaluent la clarté, l'intérêt et l'interactivité de la séance à laquelle ils viennent de participer ;  
– évaluation du programme par les lycéens. En fin d'année scolaire, la satisfaction des lycéens est mesurée grâce à ce questionnaire. L'objectif est d'obtenir l'appréciation du programme, les changements de comportements en matière de tabagisme ainsi que les perspectives.

Stéphane Tessier, Émilie Bissette.

## Un tour du monde de la promotion de la santé à l'école

**L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé s'apprête à publier un numéro spécial consacré à la promotion de la santé en milieu scolaire à travers le monde. Ce document présente des analyses et des pratiques, en particulier celles d'écoles promotrices de santé, du Kosovo à l'Australie en passant par Hong-Kong et l'Ukraine.**

*Promotion & Education*, la revue de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé<sup>1</sup> (UIPES) publiera, en début d'année 2006, un numéro spécial<sup>2</sup> sur la santé en milieu scolaire à travers le monde. Cette publication trilingue (français, anglais et espagnol) dresse un état des lieux de cette question et des défis qui s'y attachent.

L'UIPES en a confié la rédaction en chef à Ian Young, du *NHS Health Scotland* (Agence écossaise de développement de la santé), qui a participé au mouvement des écoles promotrices de

santé depuis sa naissance en Europe, au début des années quatre-vingt. Ce numéro a pour ambition de stimuler les débats et le travail en réseau. L'éditorial dresse une rétrospective de la promotion de la santé à l'école, de ses débuts à l'histoire récente à l'échelle mondiale.

Parmi les articles publiés, nombreux sont ceux qui soulignent l'émergence d'un ensemble de résultats qui viennent étayer l'efficacité de l'approche de promotion de la santé à l'école et donnent des indicateurs pour mettre en place un travail efficace. Ces données probantes et pratiques sont autant

d'éléments qui permettront de mieux identifier les faiblesses dans ce domaine et d'avancer par de nouvelles recherches et pratiques.

Les contributions suivent les thèmes habituels de la revue : développement des connaissances, plaidoyer et travail en réseau. Elles reflètent la diversité et les niveaux de développement de la promotion de la santé en milieu scolaire à travers le monde.

• Dans la section *Développement des connaissances*, Katherine Weare et Wolfgang Markham, de Grande-Breta-

gne, explorent la base croissante de données probantes sur ce dont les établissements scolaires ont besoin pour promouvoir la santé mentale de manière efficace. Cet article met en évidence les preuves qui étayent une approche scolaire globale ; il souligne l'intérêt de créer dans les écoles un environnement favorisant l'empathie, les attentes positives et le respect de limites claires.

Dans cette même section, les coauteurs Albert Lee, Lawrence St. Leger et Alysoun Moon, respectivement de Hong-Kong, d'Australie et de Grande-Bretagne, décrivent une évaluation importante en rapport avec un programme des écoles promotrices de santé à Hong-Kong. Puis William Potts-Datema, de l'université de Harvard, examine de quelle façon l'école peut établir des liens efficaces avec des organisations non gouvernementales.

- Dans la section *Advocacy* (plaidoyer), Bjarne Brun Jensen, du Danemark, et Venka Simovska, de la République de Macédoine, explorent les concepts et les effets pratiques de la participation des élèves comme principe central de la promotion de la santé à l'école. Ils défendent la nécessité pour les professeurs de disposer de modèles pédagogiques souples et de moyens suffisants pour organiser des projets participatifs dans les écoles promotrices de santé. Lloyd Kolbe, des États-Unis, examine avec ses collègues l'importance des programmes de santé destinés aux enseignants et à l'ensemble du personnel scolaire et Becky Smith pose des questions centrales concernant la formation et l'évolution des enseignants, essentielles pour le développement futur de la promotion de la santé en milieu scolaire.

- La section *Travail en réseau* comprend une introduction de David Rivett, du Bureau de l'OMS en Ukraine, ainsi qu'une description du Réseau européen des écoles promotrices de santé (REES) par Vivian Barnekow Rasmussen, du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague. Le travail effectué par le réseau hispanophone de promotion de la santé en milieu scolaire est évalué par J. Ippolita-Shepherd et Doug McCall (Canada) ; il décrit également le concept d'un nouveau réseau mondial, le Réseau inter-

national de santé à l'école (ISHN), qui en est encore à ses balbutiements mais dispose néanmoins du potentiel nécessaire pour relier des initiatives continentales telles que le REES avec d'autres parties du monde.

Enfin, des études de cas d'écoles promotrices de santé en action montrent l'étendue mondiale de cette approche et son adaptabilité. Par exemple, Ardita Tahirukaj, du Kosovo, décrit une approche scolaire globale face à un problème de niveaux nocifs de plomb dans l'environnement ; l'approche mise en œuvre inclut le programme scolaire, les liens avec les mères et avec les services de soins de santé, et le changement environnemental. D'autres études présentent les écoles promotrices en République de Macédoine, Australie, Chine, Inde, Uruguay et au Kenya. Ce numéro doit permettre de donner une nouvelle impulsion au développement des écoles promotrices de santé dans les pays francophones et à travers le monde.

**Ian M. Young**

Rédacteur invité,  
NHS Health Scotland,  
Édimbourg, Écosse.

1. *L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) est un réseau professionnel mondial, indépendant, formé d'individus et d'institutions œuvrant pour promouvoir la santé dans le monde et contribuer à réduire les inégalités de santé entre les différents pays ou à l'intérieur même de leurs frontières. Pour plus d'informations : [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org).*

2. *Ce numéro spécial de Promotion & Education a bénéficié du soutien financier des Centres américains pour le Contrôle et la prévention des maladies, une Agence du département américain de la santé et des services sociaux (CDC), aux termes d'un Accord de coopération entre l'UIPES et les CDC. Son contenu reflète uniquement le point de vue des auteurs et ne représente pas nécessairement la position officielle des CDC ou de l'UIPES.*

**Contact :** Janine Cadinu  
Le numéro spécial de *Promotion & Education* pourra être commandé au prix de 15 €. Fax : +33 (0) 1 48 09 67 17  
Mél : [jcadinu@iuhpe.org](mailto:jcadinu@iuhpe.org)

# Education Santé

## sommaire

n° 204 – Septembre 2005

### Initiatives

**Une journée d'échanges entre équipes PSE**

par Véronique Janzyk

**La promotion de la santé à l'école digère sa réforme**

par Catherine Fonck

**Demandez le Guide de voyage « santé » !**

par Cristine Deliens

**Distributeurs automatiques à l'école : un débat éclairant**

par Antoinette Brouyaux

**Frisbee – Be Free, quand l'UCL accompagne ses étudiants souhaitant arrêter de fumer**

par Martin de Duve

**Le diesel en question**

par Jocelyne Husson

**Le 3<sup>e</sup> Congrès international francophone de prévention du suicide**

par Sandrine Roussel

**Madagascar, les prostituées font de la prévention**

par Mamy Andriatana

### Matériel

**Alimentation : le vrai et le faux se mettent à table**

**Le don d'organes**

**Lu pour vous**

**La contraception des jeunes sous la loupe**

**Documentation**

**Découvrez le site de l'APES Parentalité : nouveau concept, nouveaux enjeux ?**

**Traumatisés crâniens : quelles éducations et rééducations possibles ?**

**Brèves**

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

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). L'abonnement est gratuit en Belgique.

Pour l'étranger, le choix est laissé entre un abonnement pour un an (11 numéros) à 25 €, un abonnement pour deux ans (22 numéros) à 45 € ou un abonnement pour trois ans (33 numéros) à 60 €. Le paiement se fait uniquement par virement bancaire. L'inscription sera effective dès réception du formulaire d'abonnement disponible sur notre site à l'adresse <http://www.educationsante.be/es/newsletter/inscription.php?page=abo> ainsi que d'une preuve de paiement.

Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 : <http://www.educationsante.be>

# Pour en savoir plus

Ce « Pour en savoir plus » est structuré de la façon suivante : la première partie présente des enquêtes portant sur la santé des enfants et des adolescents. Sont indiquées ensuite des références bibliographiques concernant le cadre de la prise en compte de la santé des élèves à l'école : textes réglementaires, documents permettant de comprendre la politique menée dans ce domaine. La troisième partie concerne les pratiques. Y sont recensées, outre quelques documents concernant la formation des enseignants à l'éducation pour la santé, une majorité de références relatives aux actions de prévention et d'éducation pour la santé en milieu scolaire. Enfin, on trouvera dans la quatrième partie une liste de structures et sites Internet donnant accès à des ressources, documents ou outils, concernant la santé à l'école.

## ► La santé des élèves au travers des enquêtes

### Baromètre santé

Réalisée par l'INPES en partenariat avec l'Assurance Maladie, le ministère de la Santé, le Haut Comité de la santé publique, l'Observatoire français des drogues et toxicomanie et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, cette enquête périodique en population générale porte sur les comportements, attitudes, opinions et connaissances en matière de santé. Dans le cadre de cette enquête, 2 765 jeunes de 12 à 25 ans des régions Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie et toutes régions confondues ont été interrogés fin 1999 sur des thèmes tels que la vaccination, la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou encore sur la contraception. Les résultats sont regroupés en deux volumes :

- Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2000. Les comportements de santé des 12-25 ans. Synthèse des résultats nationaux et régionaux. Vol. 3.1.* Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres, 2004 : 216 p.
- Bournot M.-C., Bruandet A., Declercq C., et al. *Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Résultats régionaux. Vol. 3.2.* Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres, 2004 : 253 p.

### Espad (European School Survey on Alcohol and Other Drugs)

Espad est une enquête en milieu scolaire menée dans trente pays européens, sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, attitudes et opinions relatifs aux substances psychoactives. En France, la réalisation de l'enquête a été confiée à l'équipe « Santé de l'adolescent » de l'Inserm et à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), en partenariat avec le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche. Cette enquête a été réalisée en France pour la pre-

mière fois en 1999. La deuxième édition a eu lieu au cours du premier semestre de l'année 2003. En 2003, plus de seize mille élèves de 12 à 18 ans issus de quatre cents établissements scolaires ont répondu au questionnaire de cette enquête. Les résultats sont accessibles sur le site de l'OFDT.

- Choquet M., Beck F., Hassler C., Spilka S., Morin D., Legleye S. *Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans.* Tendances 2004 ; n° 35 : 4 p.

En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend35.htm> [dernière visite le 9/11/05]

### Escapad (Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense)

Escapad est une enquête annuelle portant sur la santé, le mode de vie et les consommations de substances psychoactives. Elle est réalisée par l'OFDT depuis 2000, en partenariat avec la mission Liaison Partenariat, la Direction centrale du Service national, l'INPES, la direction générale de la Santé, la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques et le Service de santé des Armées. Le questionnaire est proposé à l'ensemble des jeunes présents lors de la journée d'appel de préparation à la défense (soit près de vingt mille individus chaque année, hommes et femmes de 17 à 18 ans). Les résultats sont accessibles sur le site de l'OFDT.

- Beck F., Legleye S., Spilka S. *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - Escapad 2003.* Paris : OFDT, 2004 : 251 p.

En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap03.htm> [dernière visite le 9/11/05]

### Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Étude socio-épidémiologique des comportements de santé à l'adolescence, l'enquête inter-

naionale HBSC est menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé depuis vingt ans. Elle a été réalisée en France en 1993, 1997 et 2002 par le ministère de l'Éducation nationale (pilote par le Service médical du rectorat de Toulouse) en partenariat avec le Comité français d'éducation pour la santé (1993, 1997) puis l'INPES (2002). L'enquête HBSC interroge les comportements, croyances et attitudes de plus de cinq mille élèves de 11, 13 et 15 ans face à la santé dans les académies de Toulouse et de Nancy-Metz. Le rapport international présentant les résultats de l'enquête HBSC 2002 (trente-cinq pays concernés) est disponible sur le site de l'OMS. Les données françaises viennent d'être publiées par l'INPES.

- Currie C., Roberts C., Morgan A., et al. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* Copenhague : OMS, Bureau régional pour l'Europe, 2004 : 237 p.

En ligne : [http://www.euro.who.int/document/e82923\\_part\\_1.pdf](http://www.euro.who.int/document/e82923_part_1.pdf) [dernière visite le 12/07/05]

- Godeau E., Grandjean H., Navarro F. (sous la dir.). *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children.* Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres, 2005 : 284 p.

### Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire

Initié en 1999 par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DGS, Drees) et le ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie (Desco, DPD), en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire (InVS), il s'agit d'une série d'enquêtes menées par les médecins et infirmières de l'Éducation nationale auprès de trois générations d'enfants issus des classes de grande section de maternelle, de cours moyen 2<sup>e</sup> année et de classe de 3<sup>e</sup>. Les résultats sont publiés dans *Études et résultats*.

- Labeyrie C., Niel X. *La santé des enfants*

scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. Études et résultats 2004 ; n° 313 : 12 p.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er313.pdf> [dernière visite le 28/09/05]

• Guignon N., Niel X. *L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. Études et résultats* 2003 ; n° 250 : 12 p.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er250.pdf> [dernière visite le 28/09/05]

• Guignon N., Badéyan G. *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Études et résultats* 2002 ; n° 155 : 8 p.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er155.pdf> [Dernière visite le 28/09/05]

On trouvera également des résultats issus de cette enquête concernant l'obésité, l'asthme et la situation vaccinale des élèves de 3<sup>e</sup> dans les numéros 283, 369 et 409 d'*Études et résultats*, consultables sur le site de la Drees :

[http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index\\_archive.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index_archive.htm)

## ► Le cadre de la prise en compte de la santé des élèves

### Cadre réglementaire

• Code de l'éducation : art. L.312-18 (prévention et information sur les toxicomanies). En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr> (rubrique « les codes/code de l'éducation/partie législative ») [dernière visite le 27/10/05]

• Décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992, relatif aux relations du ministère de l'Éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public. JO du 13 novembre 1992. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr> (rubrique « les autres textes réglementaires et législatifs ») [dernière visite le 27/10/05]

• Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 45 du 3 décembre 1998. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/1998/45/default.htm> [dernière visite le 27/10/05]

• Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 9 du 27 février 2003. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/default.htm> [dernière visite le 27/10/05]

• Circulaire n° 2003-035 du 27 février 2003 relative à l'actualisation du cahier de l'infirmier(ère). Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 10 du 6 mars 2003. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/10/default.htm> [dernière visite le 27/10/05]

• Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 34 du 18 septembre 2003. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/>

[2003/34/MENE0300417C.htm](http://www.education.gouv.fr/bo/2003/34/MENE0300417C.htm) [dernière visite le 27/10/05]

• Circulaire n° 2003-210 du 1er décembre 2003 relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 46 du 11 décembre 2003. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm> [dernière visite le 27/10/05]

• Circulaire n° 2005-129 du 19 août 2005 relative à la scolarisation des élèves handicapés : préparation de la rentrée 2005. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 31 du 1er septembre 2005. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2005/31/MENE0501834C.htm> [dernière visite le 27/10/05]

### Recommandations, politiques et programmes

• Arwidson P., Bury J.-A., Choquet M., et al. Mise en œuvre de l'éducation à la santé dans le système scolaire (chap. 3). In : *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 41-77.

En ligne : <http://ist.inserm.fr/basisrapports/educsante.html> [dernière visite le 28/09/05]

• Baeumler J.-P. *L'école citoyenne : le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*. Rapport au Premier ministre. Ministère de l'Éducation nationale 2002 : 116 p. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/>

[rapport/ baeumler.pdf](#) [dernière visite le 18/10/05]

• Bonnin F., Chenu C., Étienne J. (coord.). Institut national de la santé et de la recherche médicale. Éducation pour la santé dans le système scolaire français (chap. 8). In : *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. Paris : Inserm, coll. Expertise opérationnelle, 2003 : 111-26.

En ligne : [http://disc.vjf.inserm.fr :2010/basisrapports/sante\\_enfants.html](http://disc.vjf.inserm.fr :2010/basisrapports/sante_enfants.html) [dernière visite le 28/09/05]

• Finck-Richert A. *Programmes régionaux de santé et actions d'éducation et de promotion de la santé des médecins de l'Éducation nationale : modalités du partenariat dans l'académie de Lille*. Mémoire de médecin de l'Éducation nationale. Rennes : École nationale de la santé publique, 2000 : 45 p. [Disponible en texte intégral sur le site de la BDSP : <http://www.bdsp.tm.fr>]

• Karsenty S., Diaz-Gomez C. *Le tabac en milieu scolaire. Résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées (2002)*. Paris : OFDT, coll. Évaluation des politiques publiques, 2003 : 164 p.  
En ligne : [http://www.drogues.gouv.fr/pdf/professionnels/etudes\\_recherches/tabac-col.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/pdf/professionnels/etudes_recherches/tabac-col.pdf) [dernière visite le 30/09/05]

• Larue R., Fortin J., Michard J.-L. *École et santé : le pari de l'éducation*. Paris : Centre national de la documentation pédagogique, Paris : Hachette, 2000 : 155 p.

• Massacret M., Narboni F., Neulat N. (coord.). Dossier « Éducation à la santé à l'école ». *La Santé de l'homme* 2000 ; n° 346 : 15-40.

• Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Paris : Mildt, 2004 : 76 p.  
En ligne : [http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir\\_plus/plan\\_quinquennal/Drogues%20plan%20gouvernemental\\_27\\_07\\_2004.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir_plus/plan_quinquennal/Drogues%20plan%20gouvernemental_27_07_2004.pdf) [dernière visite le 12/07/05]

### ► La santé et l'éducation à la citoyenneté à l'école : formation des acteurs et pratiques

• Agence méditerranéenne de l'environnement, Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon. *Alimentation et santé des lycéens et collégiens : guide ressource pour agir*. Montpellier : AME, 2003 : 136 p.  
En ligne : <http://www.ame-lr.org/publications/>

[sante/guide\\_alim/alimentsante.pdf](#) [dernière visite le 23/06/05]

• Berger D., Leselbaum N., Motta D., De Peretti C. (coord.). *Éducation à la santé : rôle et formation des personnels d'éducation*. Recherche et formation pour les professions de l'éducation 1998, n° 28 : 198 p.

• Berger G., Leselbaum N. *La prévention des toxicomanies en milieu scolaire : éléments pour une évaluation*. Montpellier : CRDP Languedoc-Roussillon, 2002 : 177 p.

• Craes-Crips, Ades 26, Adessi 38, Codes 42, Ades 69. *Loi Evin et prévention du tabagisme en milieu scolaire - outil d'aide à l'action*. Lyon : Craes-Crips Rhône-Alpes, 2004 : 51 p.  
En ligne : [http://www.craes-crips.org/publications/2004/loi\\_evin.pdf](http://www.craes-crips.org/publications/2004/loi_evin.pdf) [dernière visite le 30/09/05]

• Dupas P. (coord.), Dupont P. (rapp.). Caisse régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Office français de prévention du tabagisme. *PRS Addictions Ile-de-France « tabac, cannabis... et jeunes » : guide méthodologique pour l'intervention en milieu scolaire*. Paris : Cramif, 2004 : 31 p.  
En ligne : [http://www.cramif.fr/pdf/th3/eps/eps\\_prsaddictions.pdf](http://www.cramif.fr/pdf/th3/eps/eps_prsaddictions.pdf) [dernière visite le 30/09/05]

• Fortin J. *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. Paris : Hachette éducation, coll. Pédagogie pratique à l'école, 2001 : 144 p.

• Jourdan D. (sous la dir.). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions universitaires du Sud, coll. École et santé, 2004 : 401 p.

• Merini C., Jourdan D., Victor P., Berger D., De Peretti C. *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes : ENSP, 2004 : 204 p.

• Ministère de l'Éducation nationale – direction de l'Enseignement scolaire. *Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie*. Paris : ministère de l'Éducation nationale, septembre 2000 : 72 p.  
En ligne : <http://eduscol.education.fr/D0060/reperes.pdf> [dernière visite le 30/09/05]

• Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche. Direction de l'Enseignement scolaire. *L'éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guide du formateur*. Paris : Scérén-CNDP, 2004 : 56 p.

• Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la

toxicomanie. *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*. 2005 (à paraître). [http://eduscol.education.fr/D0190/guide\\_intervention.pdf](http://eduscol.education.fr/D0190/guide_intervention.pdf)

• Perrin-Escalon H., Hassoun J. *Adolescence et santé. Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés*. Saint-Denis : INPES, 2004 : 114 p.

• Sandrin Berthon B. *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF, 1997 : 127 p.

• *La Santé de l'homme* a publié en 2004 un dossier « Nutrition, ça bouge à l'école ». La rubrique « Pour en savoir plus » de ce dossier propose une liste d'organismes, de sites Internet, d'outils d'intervention, de références de documents relatifs à l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire. Sizaret A., Lemonnier F. « Pour en savoir plus », dossier « Nutrition, ça bouge à l'école ». *La Santé de l'homme* 2004 ; n° 374 : 45-7.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/psp/374.htm> [dernière visite le 30/09/05]

### ► Structures ressources et sites Internet

#### Le réseau Scérén (CNDP-CRDP)

Le Service culture éditions ressources pour l'Éducation nationale (Scérén), réseau d'établissements publics, s'articule autour du Centre national de la documentation pédagogique, qui pilote trente et un centres régionaux, eux-mêmes chargés d'animer les centres départementaux et locaux. La mission de ce réseau est de répondre aux besoins des acteurs et des usagers du système éducatif en proposant un accueil, en offrant de la documentation, des éditions, des animations pédagogiques et de l'expertise en ingénierie éducative.

En ligne : [http://www.cndp.fr/cndp\\_reseau/](http://www.cndp.fr/cndp_reseau/)

#### Le site ÉduSCOL

Conçu par la direction de l'Enseignement scolaire du ministère de l'Éducation nationale, ÉduSCOL s'adresse plus particulièrement aux enseignants, aux personnels de direction et aux corps d'inspection. Il a vocation à couvrir le champ de l'enseignement primaire et secondaire, et à répondre aux objectifs suivants :

- informer les personnels sur les réformes en cours et répondre à leurs questions ;
- approfondir les enjeux des politiques suivies ;
- donner accès à des ressources nationales et académiques ;
- favoriser des échanges d'expériences et des débats entre acteurs du système éducatif.

On y trouvera en particulier, dans la rubrique « Vie scolaire et éducative », des documents et informations concernant l'éducation à la

sexualité, à la nutrition ou encore la prévention des dépendances.

En ligne : <http://eduscol.education.fr/>

### L'Adosen

Action et DOcumentation Santé pour l'Éducation nationale est une association loi 1901 placée sous l'égide de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale. L'Adosen et ses sections départementales sont agréées par le ministère de l'Éducation nationale en tant qu'association éducative complémentaire de l'enseignement public. Elle peut intervenir pendant et en dehors du temps scolaire ; elle participe au développement de la recherche pédagogique et à la formation des équipes éducatives. L'Adosen est partenaire des principales institutions du secteur sanitaire, social et éducatif. L'association réalise des documents pour accompagner les enseignants et les éducateurs de santé dans leur démarche de prévention. Elle organise et anime des stages de formation en éducation à la santé auprès des membres de la communauté éducative. Ses sections départementales aident à la réalisation d'actions sociales de prévention santé en faveur des jeunes, seules ou en partenariat.

**Adosen** : 25, rue des Tanneries, 75013 Paris.  
Tél. : 01 44 08 50 00 – Fax : 01 44 08 55 58  
Mél : [adosen@wanadoo.fr](mailto:adosen@wanadoo.fr)

En ligne : <http://www.adosen-sante.com/>

### Le réseau des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé

Le réseau des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (Cres/Codes) est le seul réseau français déployant une activité généraliste dédiée à l'éducation et la promotion de la santé. Il a notamment pour mission de mettre à la disposition des promoteurs de programmes de santé un fonds documentaire spécialisé en éducation pour la santé. Les Cres/Codes mettent également en place des actions et des formations en éducation pour la santé ; ils ont enfin une mission de prestation de conseils techniques et méthodologiques. La liste des comités et leurs coordonnées sont disponibles sur le site Internet de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr> (rubrique « Espace réseau »).

### La pédagogie de l'INPES

La pédagogie est un dispositif national d'analyse et de valorisation d'outils pédago-

giques en promotion de la santé, mis en place depuis 1997 par l'INPES et les comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé. Bien que le dispositif soit en cours de reconfiguration en 2005, la base de données reste accessible sur le site Internet de l'INPES. En ligne : [http://www.inpes.sante.fr/pedagogie/presentation\\_pedago.htm](http://www.inpes.sante.fr/pedagogie/presentation_pedago.htm)

### Le centre Pédagogie active en promotion de la santé (Pipsa)

Pipsa est un centre de référencement des jeux et outils pédagogiques utiles en promotion de la santé. Il a été mis en place par le service « Promotion de la santé » de l'Union nationale des mutualités socialistes de Belgique et reconnu par la direction générale de la Santé du ministère de la Communauté française de Belgique. La base de données de son « Outilthèque » est accessible sur Internet :

<http://www.pipsa.org/> (rubrique « Outilthèque »)

**Olivier Delmer**

Documentaliste,

centre de documentation

de l'INPES.

# Santé publique

# sommaire

n°3 Septembre 2005

## Éditorial

La santé publique en 2005 : de nouveaux enjeux pour la SFSP...

*F. Bourdillon*

## Études

Tabac, alcool et médicaments psychotropes en Lorraine, enquête épidémiologique en population générale

*C. Cohidon, F. Alla, N. Chau, et al.*

Statut martial d'une population d'enfants franciliens âgés de 16 à 18 mois en fonction du type de lait consommé

*C. Vincelet, C. Foucault*

Coûts de fonctionnement d'un centre de santé au Sénégal : modalités de calculs

*A.S. Gueye, A. Tal Dia, F.L. Sall, B. Cisse*

Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public

*J. Pascal, O. Laboux, J. Paillereau, B. Giunelli, P. Lombrail*

Santé et droits humains : perceptions de leurs défenseurs et des professionnels de santé

*E. Kabengele-Mpinga, P. Chastonay*

Le burn out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital

*J.P. Courtial, S. Huteau*

## Politiques

L'analyse des réseaux sociaux appliquée au système de santé

*C. Chanut, L. Boyer, S. Robitail, et al.*

La diversité culturelle montréalaise : une diversité de défis pour la santé publique

*B. Vissandjee, I. Hemlin, S. Roy, S. Gravel, S. Dupéré*

## Pratiques

Santé mentale des jeunes : perception et prise en charge par les adultes des établissements scolaires

*F. Baudier, P. Pallais-Baudier*

Fonctionnement en réseau des pratiques documentaires dans les comités d'éducation pour la santé

*I. Jacob, A. Sizaret, S. Vergniory*

Prévenir les troubles musculosquelettiques du membre supérieur : un enjeu social et économique

*M. Aptel, A. Aublet-Cuvelier*

## Opinion

L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent...

*E. Ellenberg*

## Lettre du terrain

Service municipal de santé scolaire et promotion de la santé à Villeurbanne

*F. Guerrier-Sagnes, A.M. Meister, M.J. Deparis, P. Gayraud*

Le Centre de santé communautaire de Cherbourg-Octeville

*J.L. Véret*

Plan santé mentale : chronique d'une réalité urbaine bien ordinaire

*P. Micheletti*

## Lectures

Santé publique, BP 7, 2 avenue du Doyen J. Parisot – 54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex  
Tél. : 03 83 44 39 17 – courriel : [ig@sfsp.info](mailto:ig@sfsp.info) – [www.sfsp.info](http://www.sfsp.info)

## Cannabis : voyage au cœur d'une consultation de prévention et de soins

**Au cours des dix dernières années, l'usage répété du cannabis a triplé en France. La prise en charge des consommateurs est une priorité de santé publique. Le plan national de prévention lancé début 2005 inclut l'ouverture de deux cent vingt consultations cannabis et centres de soins. Voyage au cœur de l'un d'eux, Émergence, situé à Paris. Quatre cents jeunes de 12 à 25 ans y ont été suivis sur les douze derniers mois. Psychologues et autres professionnels de santé tentent de construire avec eux un « projet de soin doublé d'un projet de vie ».**

Un bout de trottoir dans une petite rue populaire du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris. C'est l'accueil du Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST), centre appelé « Émergence Espace Tolbiac ». Le sourire de l'agent d'accueil. Un échange rapide mais plutôt chaleureux avec un jeune qui attend. Comme si cet environnement introduisait une forme de complicité. En quelques instants, on sent confusément une sorte de prise en charge conviviale s'installer. « *Le jeune sait pourquoi il vient ici, c'est certain. Il n'y a pas de faux-semblants. Il vient consulter, suivre une démarche d'accompagnement d'une manière anonyme et gratuite. Il vient volontairement car il en a besoin* », explique le docteur Olivier Phan. Ce jeune psychiatre souriant est le responsable des soins à Émergence, il est au cœur du processus de suivi des jeunes adolescents souffrant d'une addictologie.

### Suivre les 12-25 ans

Le centre Émergence est l'un des deux cent vingt centres de soins spécialisés en toxicomanie répertoriés aujourd'hui en France. Spécialisé notamment dans l'accompagnement par la méthadone des héroïnomanes, il a ouvert en 1995 et a accueilli jusqu'à mille quatre cents patients depuis son ouverture. Devant la réduction du nombre des patients « méthadone » et l'augmentation constatée des consommations de cannabis, d'alcool et de tabac par un public jeune, l'équipe du centre a décidé, voilà deux ans, de s'inscrire

dans un processus de suivi des 12-25 ans ayant des problèmes d'addiction en général. Composé d'une douzaine de professionnels de santé (psychologue, pédopsychiatre, infirmière, assistante sociale, éducateur, etc.), le centre Émergence est rattaché et placé sous la responsabilité du professeur Philippe Jeammet du département de psychiatrie infanto-juvénile, responsable du service de pédopsychiatrie de l'Institut mutualiste Montsouris, hôpital à but non lucratif participant au service public hospitalier. Émergence est financée par la caisse primaire d'Assurance Maladie. « *Nous travaillons avec deux structures différentes, explique le docteur Phan. Une équipe mobile dont la fonction est de faire de la prévention-repérage auprès de tous les intervenants prévention-jeunesse, que ce soit les médecins-généralistes, les éducateurs, les infirmières scolaires, etc. Cette équipe tient un stand d'information par exemple dans les manifestations et les concerts. Puis, la consultation qui fonctionne sur rendez-vous. En un an, l'équipe mobile a touché près de six mille jeunes et la consultation en suit plus de quatre cents.* »

D'où viennent ces jeunes ? Le centre Émergence ne fait pas exception à la règle commune des lieux de soins. Ils proviennent d'abord du circuit des professionnels. Tel éducateur gagne la confiance du jeune toxicomane et le dirige vers le centre. Et puis, phénomène en progression, ils viennent par

les parents, qui, après avoir repéré un problème de consommation, appellent les services de l'enfance. « *Nous sommes bien connus, maintenant, de ces services. Ils nous adressent facilement des patients. Nous ne sommes pas sectorisés. Nos seuls critères sont des critères cliniques : être âgé de 12 à 25 ans et avoir un problème de conduite addictive. Nous traitons alcool, drogue et tabac car, chez les jeunes, ce n'est pas tout à fait utile de distinguer les trois, les mécanismes sont les mêmes.* »

### Quand l'usage triple en dix ans

La fréquentation du centre est en hausse régulière : trois ou quatre nouvelles demandes de consultation par semaine. Est-ce la confirmation d'un succès local dû à la réputation ou aux effets d'une campagne d'information sur les effets du cannabis, par exemple ? (voir « *Pour en savoir plus* », page 47). L'important est dans ce constat. L'usage du cannabis chez les 15-18 ans est en vogue, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), comme chaque année depuis 2002, rend publics les résultats de son enquête annuelle<sup>1</sup>. À la fin de l'adolescence, environ la moitié des jeunes déclare avoir essayé au moins une fois le cannabis. Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à se livrer à des usages répétés. En moyenne, l'expérimentation du cannabis a lieu vers 15 ans. Une proportion importante des jeunes a déjà fumé en solitaire (48,4 % des garçons et 28,6 % des filles) et sur-

tout avant midi (66,1 % des premiers et 48,2 % des secondes). Enfin, les enquêtes comparables réalisées entre 1993 et 2002 montrent qu'il y a eu un doublement du nombre des fumeurs de 17 ans. Sur la même période, l'usage répété a triplé en dix ans.

## La consommation, réponse à des troubles ou des conflits ?

Au centre Émergence, sur les quatre cents patients accueillis au cours des douze derniers mois, environ la moitié a entre 14 et 18 ans. Et, pour ceux-ci, un peu plus de la moitié des parents a fait la démarche d'un suivi. Les consultations seront donc familiales, au nombre de trois au départ : en famille, pour prendre connaissance du contexte ; puis le jeune seul, et enfin la famille seule. Un point important de la méthode sur laquelle est fondée toute une technique de prévention. « *L'adolescent ne doit pas au départ se sentir piégé*, explique Olivier Phan. *Nous lui disons : on fait le point avec vous et ensuite on attaque la prise en charge, proprement dite. Ce qui nous intéresse, c'est d'identifier la place prise par le produit dans la vie de l'adolescent. Cette place est évidemment fonction de multiples facteurs : le jeune, les relations avec sa famille, les relations avec son environnement. Nous essayons de focaliser sur ces trois points. Une autre idée forte*, insiste le docteur Phan, *à l'adolescence : le cannabis est souvent une béquille vis-à-vis de problèmes bien réels... dont le premier est souvent l'adolescence en soi. Et, si on se rue sur la béquille, on va avoir des résistances énormes. Donc, ce que nous essayons, c'est d'abord de faire le point. Cela ne peut fonctionner que si l'adolescent est personnellement motivé pour changer son comportement. Si la motivation ne vient que des parents ou de l'environnement, il y a peu de chances que cela marche.* »

## Des petits changements

Ce que le docteur Phan et ses collègues demandent à l'adolescent lors des consultations, c'est la réduction de sa consommation. Donc un vrai changement. Pour y parvenir, il va falloir que d'autres changements s'opèrent. « *Nous considérons que l'origine de la consommation est multifactorielle*, poursuit le médecin, *cela dépend des choix effectués par le jeune, de ses attirances, des copains, de l'environnement familial...* Pour chaque adolescent, on ne peut pas

*identifier une cause, un facteur qui a conduit à une consommation excessive. En fonction des facteurs supposés qui entraînent cette consommation, nous allons lui demander d'opérer quelques petits changements dans son comportement.* »

Et les exemples sont nombreux. À un jeune qui fume pour calmer une émotion due à des troubles familiaux, le changement consistera pour lui à parvenir à atténuer les conflits, donc à atténuer son émotion. À un jeune qui utilise le cannabis pour mieux dormir, on va demander de changer ses habitudes, par exemple de ne pas prendre une douche froide, de ne pas boire de cola, d'éteindre la télé plus tôt, d'adopter une meilleure hygiène du sommeil, afin de parvenir à une réduction de la consommation. Dans le cas d'un jeune qui retrouve des copains pour fumer, on va travailler en groupe avec les copains. « *On les réunit et cela marche* », affirme le Dr Phan.

## Soin et éducation

Selon l'équipe de thérapeutes du centre Émergence, les trois consultations sont primordiales. Elles permettent, par une réflexion commune avec les éducateurs et les soignants, d'identifier les possibilités d'intervention. L'accompagnement va-t-il se faire plutôt en direction de la relation adolescent-

famille ? Ou, plutôt, l'équipe va-t-elle travailler sur les possibilités du jeune à se prendre directement en charge ? Là encore, la qualité de la prévention et du soin dépendra de l'état des lieux effectués. « *En mathématiques, s'amuse le docteur Phan, le plus dur est de poser le problème. Or, pour nous, c'est un peu la même chose : nous prenons le temps de poser le problème avant de proposer des solutions.* » Ces solutions sont forcément pour l'équipe l'association d'un projet de soins et d'un projet de vie. « *Car, conclut le docteur Phan, quand une situation échappe au contrôle de tiers ou à la personne, on est bien dans un contexte de maladie. Ces jeunes viennent car ils prennent un produit qui a une action sur leur psychique et qui va influencer sur leur comportement. Soin et éducation, n'est-on pas au croisement de ce qui peut accompagner l'adolescence ?* ».

**Denis Dangaix**  
Journaliste.

1. Beck F., Legleye S. Usage de cannabis à la fin de l'adolescence : principaux résultats de l'enquête Escapad 2002 et évolution récentes. BEH 2004 ; n°13.

**Émergence Espace Tolbiac**  
2-6, rue Richemont 75013 Paris  
Tél. : 01.53.82.81.70 (sur rendez-vous)  
E-mail : emergence@club-internet.fr

Entretien avec le professeur Michel Raynaud, chef de service du département psychologie et addictologie, hôpital Paul-Brousse, Villejuif.

## « Avec le cannabis, on est très loin de ce que l'on connaît sur l'alcool »

**La Santé de l'homme : Il semble que l'on dise tout et son contraire sur les effets du cannabis. Où en est-on, scientifiquement, aujourd'hui ?**

**Pr Michel Raynaud :** Pour faire simple, avant la fin des années quatre-vingt-dix jusqu'au début des années deux mille, on était dans une vision très idéologique des effets du cannabis dans un sens ou dans l'autre d'ailleurs – banalisation ou diabolisation – tout en s'appuyant sur des représentations, perceptions, imaginations des uns et des autres non basées sur des données scientifiques. J'ai effectué, par exemple, en 1999, pour la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt), une synthèse de la littérature qui a donné quelques tendances difficiles à entendre à l'époque.

Les pouvoirs publics ont alors souhaité une expertise collective Inserm qui a apporté un certain nombre de conclusions dont la dangerosité du produit. On était au début de 2002. Les conclusions, notaient une dépendance chez certains, des troubles cognitifs chez d'autres. Par ailleurs, on observait une augmentation considérable du nombre des consultations. L'intérêt du moment était à l'insécurité. Les travaux internationaux ont un peu clarifié tout cela, depuis.

**S. H. : Produit dangereux mais aussi produit décrit comme plaisir. Est-ce la même problématique que pour l'alcool ?**

Il faut dire au préalable qu'un médecin, quand on lui pose des questions sur le tabac, l'alcool, le cannabis, ne voit

que les complications. On travaille avec des malades et l'on n'a qu'une envie, c'est qu'ils ne soient plus malades. C'est vrai : on parle de produits de plaisirs. Il n'empêche, je vois de 5 à 10 % des consultations de cannabis, par exemple, avec des situations dramatiques. Mais, pour poursuivre dans la comparaison cannabis-alcool, on est très loin de ce que l'on connaît sur l'alcool. On a progressé sur des questions liées au produit mais on n'a pas le même potentiel de recherche épidémiologique, clinique, thérapeutique et pharmacologique. La nocivité de l'alcool a été démontrée. Les recherches cliniques ont été faites. On connaît les stratégies de soins les plus adaptées et un certain nombre de gens les suivent depuis de nombreuses années. Pour le cannabis, on en est au début. La dangerosité du produit est avérée, mais il y a peu de travaux de recherche sur les traitements chimiothérapeutiques, sur l'organisation des soins. On débute car la perception de la réalité du problème est récente.

**S. H. : On parle de dépendance à l'alcool, comme de dépendance au tabac ou au cannabis. Est-ce la même chose ?**

Une consommation régulière de quelque produit que ce soit implique un risque de dépendance. La dépendance au cannabis et ses risques psychologiques sont connus. La consommation excessive entraîne une perte de l'intérêt, de la motivation, des troubles de la mémoire, de l'attente et donc des difficultés professionnelles ou scolaires. Les effets cognitifs sont certains. Ils touchent les consommateurs d'une manière importante. On sait aujourd'hui que de 5 à 10 % des consommateurs connaissent ces effets. Il est intéressant de noter que ce chiffre correspond au pourcentage de gens qui deviennent dépendants à l'alcool. Même si la dangerosité

est très différente d'un produit à l'autre, on constatera quand même l'installation d'une dépendance en fonction de la consommation. Il faut, toutefois, dire par exemple que la dépendance au tabac s'installe plus largement et plus facilement. Et, dans des pays où l'on consomme du cannabis sans tabac, il faut en prendre beaucoup pour être dépendant.

**S. H. : Quels sont, par ordre d'importance, les effets avérés du cannabis ?**

Les données dont on dispose avec une certaine solidité confirment la dépendance et les effets cognitifs dont je viens de vous parler. Après, il y a plus de discussion sur les liens avec la schizophrénie et les effets psychotiques. Là, il y a des travaux, dont certains sont tout récents mais encore sujets à controverse. Vous imaginez, si ce produit était la cause d'une schizophrénie avérée, cela nécessiterait des mesures actives. Mais, alors que l'on constate ces der-

nières années un doublement des consommateurs réguliers de cannabis, on ne constate pas en parallèle un doublement des cas de schizophrénie. En revanche, si l'on s'intéresse aux malades atteints de schizophrénie, on retrouve souvent le cannabis parmi les facteurs déclenchant et le risque est clairement augmenté chez le consommateur de cannabis. Comme peuvent apparaître des épisodes délirants. On évoque, par exemple, les « effets surprises » du cannabis, comme l'ivresse cannabique incontrôlée ou les crises de paranoïa. Puis, il y a ce que l'on appelle les complications somatiques, similaires d'ailleurs aux risques qu'engendre le tabac : risque cardio-vasculaire, pulmonaire, des cancers du poumon ou de type ORL, en fonction bien sûr de la quantité et de la durée de la consommation. En tout cas, et j'insiste là-dessus, il est clair que plus on consomme, plus les risques augmentent. L'alcool est la cause de démences psychopathologiques reconnues, ce n'est pas pour ça qu'on a pris des mesures dras-

tiques. Je dois dire que l'alcool est sûrement plus neurotoxique que le cannabis. Quant à la dépendance, elle entraîne des modifications fonctionnelles évidentes.

**S. H. : Ce sont ces modifications qui provoquent des atteintes psychomotrices, donc des dangers potentiels ?**

Oui, et des dangers réels. Il y a une altération psychomotrice quand on a fumé et le risque d'accident de la route, par exemple, est augmenté. Une étude qui va bientôt être publiée démontre que le risque est augmenté d'une manière modérée. Elle démontre aussi que l'association cannabis-alcool potentialise le risque. Il faut dire aux adolescents que la consommation de cannabis risque d'entraîner des accidents mortels. Et que fumer du cannabis et boire n'est pas compatible avec la conduite d'un véhicule.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

## Témoignage

### Vincent, 17 ans : « Je consulte car, après l'euphorie du joint, il y a la souffrance »

C'était il y a juste un an. Avec un copain, il souhaitait simplement échapper au blues de la rentrée, à cette perspective grise de l'année scolaire : ses semaines longues et laborieuses, ses week-ends trop courts ; et donc forcément festifs. Il souffre, en silence, « intérieurise, c'est lui qui parle, son mal de vivre », appelons-le comme ça, plonge ses beaux yeux clairs dans ceux de son interlocuteur avant de dire, un sourire en coin : « J'ai mis du temps à savoir le rouler ». Il parle du joint bien sûr. Cette cigarette qui « effaçait la souffrance, euphorisante, au début, qui permettait le fou rire et une communication avec les potes ». Difficile, ce dimanche soir où il doit partir rejoindre une boîte à bac. Un choix familial. Dur de ne pas savoir en parler. La joie du vendredi soir et des retrouvailles avec les copains ira de pair avec la cigarette. Même s'il n'avait pas le droit de fumer la semaine, il demande qu'on lui prépare de quoi tenir la semaine. « Pas tous les jours, non. Parfois ». Et, quelque temps après, c'est tous les jours.

« J'ai fumé tout seul, tous les jours, par envie, peut-être par ennui. Fumer tout seul, insiste-t-il, c'est qu'il y a un problème ? » Il ne sait pas pourquoi.

Son parcours est mis sur la table. Il ne sera partagé qu'avec le médecin. Vincent ne sait pas. Le docteur ne lui explique pas. Il accompagne. « On a un problème », répète Vincent. « Si on se drogue, c'est qu'il manque quelque chose. La drogue récréative n'existe pas. C'est une connerie. » Qu'est-ce qui l'a poussé, un jour, à franchir la porte du centre Émergence ? Le besoin d'en parler. Comment a-t-il réussi à vaincre ses blocages ? De la confiance. Pourquoi Vincent se bat-il ? Pour lui. Et « les jeunes qui me ressemblent. Il y avait la solitude, le pétard devant la télé. Le constat du mal-être. L'illusion artificielle et la difficulté de plus en plus forte à connecter les neurones. Les effets secondaires apparaissent : montées de stress, crises d'angoisse, une certaine forme de dépendance... »

D. D.

## ► Pour en savoir plus

- Le programme de prévention de l'usage du cannabis constitue l'une des priorités du nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. De février à mars 2005, le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, en lien avec la Mildt et l'INPES, a lancé la première campagne en Europe consacrée spécifiquement au cannabis. Une ligne « Écoute cannabis » a été mise en place (0 811 91 20 20), des brochures d'information (Drass) et un guide d'aide à l'arrêt ont été diffusés par l'INPES. Cette campagne a été ponctuée par des spots à la radio et à la télévision. Tout est consultable sur le site de l'INPES : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- À noter : le site [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr), pour en savoir plus sur le cannabis, les autres drogues, leurs effets, leurs dangers.
- [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com) ; ce site propose une documentation sur la santé des jeunes.
- 54<sup>es</sup> Rencontres du Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips), 6 février 2004, sur l'usage problématique de cannabis.
- « L'usage problématique de cannabis » numéro spécial Toxibase-Crips, revue Toxibase n° 12 et Lettre du Crips n° 70. En ligne : [www.lecrips.net](http://www.lecrips.net)

## Aide-moi à te parler ! La communication parent-enfant

Gilles Julien



L'auteur, pédiatre social, travaille dans les quartiers défavorisés de Montréal au Canada. Il part du constat qu'il y a de moins en moins de communication de qualité entre l'adulte, et plus spécifiquement entre le parent et l'enfant, parce que le besoin de communiquer et de s'exprimer, nécessité vitale pour l'enfant, se heurte au manque de réceptivité de la mère ou du père. Le quotidien du parent et de l'enfant donne alors « l'impression de deux trajectoires parallèles qui parfois se touchent et souvent s'ignorent ».

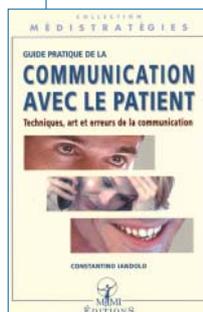
Le présent ouvrage propose des moyens à mettre en œuvre, aux différentes étapes du développement de l'enfant, pour pallier le manque de communication au sein de la famille. Chacun des cinq chapitres offre des pistes de réflexion et d'intervention illustrées par des études de cas. Décrivant dans un premier chapitre les dimensions de l'accueil, de la compréhension, de la compassion, de l'amour et du lien, l'auteur pose, dans le chapitre suivant, la communication comme la base du développement de l'enfant. Le troisième chapitre aborde la communication parent-enfant en pratique et décline les moyens efficaces tels que l'approvisionnement et la compréhension, la disponibilité et la générosité, la compréhension mutuelle, une réelle définition des rôles, et la transmission et le partage de valeurs fortes. Le quatrième chapitre décrit la communication aux différentes étapes de la vie, allant du temps de la grossesse à celui de l'adolescence. Enfin, la dernière partie de l'ouvrage s'attarde sur les différents modes de communication de l'enfant : les pleurs et les cris, les regards et les mimiques, les différents langages verbaux et non verbaux, les grandes émotions et le non-langage. L'auteur conclut l'ouvrage en présentant la communication comme défi du XXI<sup>e</sup> siècle. En effet, une multitude de « gadgets » de communication existe et tous tendent à favoriser une communication sans forme d'engagement personnel.

Anne Sizaret

Montréal : Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, 2004, 130 pages, 9 €.

## Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs dans la communication

Constantino Iandolo



Parce que pour les professionnels de santé les techniques de communication revêtent une importance particulière dans la capacité de communiquer efficacement avec le malade, l'ouvrage affiche sept objectifs : évaluer l'importance de la communication comme élément de base de la relation professionnel de santé – malade ; adapter son comportement de communication à l'âge, aux conditions psychophysiques et au niveau socio-culturel du malade ; adapter son comportement de communication au contenu de celle-ci ; réaliser qu'il est souvent plus important de laisser parler le

patient et de l'écouter que de lui parler ; évaluer la grande importance de la communication non verbale comme moyen d'expression ; identifier les motifs d'une communication manquée ou déformée et évaluer ses conséquences ; apprendre à localiser et à éviter les obstacles qui s'opposent à l'efficacité de la communication.

L'ouvrage se compose de deux parties distinctes : la première s'attarde sur les processus de communication en général. L'auteur y décrit les grandes caractéristiques, les communications verbale et non verbale et les obstacles à la communication. La seconde partie est plus spécifiquement consacrée à la communication avec le malade : les différentes phases de son évolution ; les objectifs et les contenus de l'entretien ; les compétences du médecin dans le domaine de la communication et, enfin, les erreurs et les obstacles dans la communication médecin-malade.

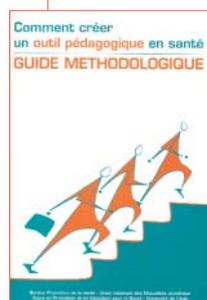
A. S.

Issy-les-Moulineaux : Mmi Éditions, coll. MédiStratégies, 2004, 192 pages, 32 €.

## Comment créer un outil pédagogique en santé.

Guide méthodologique.

Maïté Frérotte, Catherine Spièce, Sophie Grignard, Chantal Vandoorne



Ce guide s'adresse aussi bien aux intervenants en éducation pour la santé qui veulent construire un outil à l'usage d'un public limité qu'à des organismes intervenant à l'échelle nationale et souhaitant mettre au point un outil destiné à être diffusé de façon très large. Il s'adresse aux développeurs d'outils, à ceux qui accompagnent et soutiennent leur professionnel de la promotion de la santé qui souhaite réfléchir au processus de création d'outils.

L'ouvrage décrit l'établissement de partenariats et la planification du projet de création, le développement de l'idée de départ et sa mise en œuvre, le déroulé du projet, la création d'un prototype, l'étape de production et, enfin, le suivi de production, la promotion de l'outil et sa mise à jour.

Chacune des étapes est structurée de la même manière : liste et rôle des intervenants ; déroulement de l'étape avec exemples, trucs, questions à se poser ; synthèse de l'étape et éléments à valider ; mémo récapitulatif les points principaux de l'étape, à l'usage du chef de projet.

Le guide s'inscrit dans une démarche qualité spécifique au champ de la promotion de la santé mais les professionnels d'autres champs éducatifs pourront en transposer la méthodologie à leur domaine.

Olivier Delmer

Liège : Université de Liège – Appui en promotion et en éducation pour la santé, 2004, 176 pages. Diffusion : Bruxelles, Union nationale des Mutualités socialistes – Service promotion de la santé, 17,20 €.



## L'alimentation à l'école - Faire le choix de la santé.

Rapport du Forum européen<sup>1</sup>, Strasbourg, 20-21 novembre 2003

Passer d'une politique européenne en matière de sécurité alimentaire principalement fondée sur la surveillance microbiologique et chimique de la qualité des aliments à une approche plus positive qui considère l'alimentation comme un facteur de base de la santé, tel est l'objectif du Conseil de l'Europe, qui a créé pour ce faire un comité d'experts sur la nutrition, la sécurité alimentaire et la santé du consommateur, chargé d'organiser une série de forums devant déboucher sur des propositions. C'est dans ce cadre que s'est déroulé le Forum européen sur l'alimentation à l'école, au cours duquel quatre aspects de l'alimentation ont été développés :

1. les grandes lignes, d'un point de vue nutritionnel et sanitaire, de ce que doit être une alimentation saine chez les enfants d'âge scolaire ;
2. la prise des repas ou comment assurer une alimentation saine dans les écoles ;
3. l'approche scolaire globale promotrice de santé ou comment faire le lien entre la nourriture servie, l'apprentissage de bonnes habitudes alimentaires et la nécessité d'avoir une activité physique ;
4. les stratégies et actions qui peuvent être mises en place au niveau de la classe, de l'école, de la collectivité locale ou du pays, pour promouvoir le développement de bonnes habitudes alimentaires. Le rapport souligne l'importance d'instaurer des partenariats. L'exemple de la coopération interministérielle française dans le cadre du Programme national nutrition-santé (PNNS) y est, entre autres, présentée.

Ce rapport, qui regroupe des versions des interventions retravaillées par le rapporteur, contient en annexe la liste complète des cent quarante-trois participants issus de vingt-sept pays, avec leurs coordonnées. Les actes du Forum sont par ailleurs disponibles en ligne sur le site Internet du Conseil de l'Europe (<http://www.coe.int>).

O.D.

Strasbourg : Éditions du Conseil de l'Europe, février 2005, 215 pages, 19 €.

1. Organisé conjointement par le Conseil de l'Europe et le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé.



## équilibres

Une fois n'est pas coutume, nous recensons ici l'une de nos publications. Lancée en janvier 2005, la lettre électronique mensuelle *équilibres* rend compte des activités de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Elle s'adresse aux professionnels de la santé et à l'ensemble des intervenants des champs de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Les trois premières pages de la lettre sont consacrées aux enquêtes, aux campagnes de communication, à l'édition de supports d'information et d'outils d'intervention en éducation pour la santé, aux actions de terrain, aux travaux de recherche de l'Institut, à ses partenariats, etc.

La quatrième et dernière page est réservée aux informations pratiques, avec un agenda, les nouvelles publications de l'Institut, etc.

La lettre est directement consultable et imprimable en ligne sur le site de l'INPES. On peut aussi s'y abonner et la recevoir par courriel chaque début de mois. Elle compte à ce jour 8 500 abonnés, essentiellement des professionnels de l'éducation, des professionnels de la santé, des employés des collectivités locales et territoriales, des employés des institutions et services déconcentrés de l'État, des membres d'associations et de fondations, des réseaux de prévention et d'éducation pour la santé (dont les comités d'éducation), des journalistes, etc.

Les thèmes les plus fréquemment traités dans les onze numéros réalisés à ce jour sont par ordre décroissant : les accidents de la vie courante, la nutrition, la santé des jeunes, le VIH/sida,

l'éducation pour la santé, les maladies infectieuses, les maladies chroniques, la santé des personnes âgées, le tabac, la téléphonie santé, la toxicomanie, la santé mentale, etc.

Pour découvrir le dernier numéro, consulter les archives des numéros parus ou vous abonner gratuitement – il vous suffit pour cela de renseigner un champ avec une adresse électronique – rendez-vous sur le site internet de l'Institut ([www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)), où vous pouvez accéder à *équilibres* depuis la page d'accueil.

Anne-Sophie Mélard

**LES APPAREILS DE CHAUFFAGE MAL ENTRETENUS,  
LES FUMÉES MAL ÉVACUÉES,  
UNE MAUVAISE AÉRATION, PRODUISENT DU**



# **MONOXYDE DE CARBONE (CO)**

## **Gaz mortel, inodore et invisible**

Le CO provoque des maux de tête, des vertiges,  
une perte de connaissance, un coma, voire un décès.

- ▶ Faites entretenir vos appareils par un professionnel tous les ans.
- ▶ Faites ramoner conduits et cheminées au moins une fois par an.
- ▶ Ne bouchez pas les aérations de votre logement.

**EN CAS D'ACCIDENT : AÉRER ET ÉVACUER LES LIEUX, APPELER LES POMPIERS (18) OU LE SAMU (15)**

Pour plus d'informations, demandez :

au professionnel qualifié (chauffagiste, plombier...)

à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de votre département

au Service Communal d'Hygiène et de Santé de votre mairie

au Laboratoire Central de la Préfecture de Police de Paris (pour dpts 75/92/93/94)

ou consultez le site Internet du ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

