

DOSSIER 46

Éducation à la santé à l'École



P5 Former
*en éducation
pour la santé*

P8 Seattle
*Commerce
et santé*

P13 Contraception,
*à vous de choisir
la vôtre*

Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?
 Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?
 Quels publics toucher et de quelle façon ?

**Professionnel de santé, enseignant,
 travailleur du secteur médico-social,
 éducateur ou étudiant**

vous vous posez ces questions,
 vous souhaitez une information
 et une aide régulières...

LA Santé de l'homme



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme* vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé, vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion, vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.



Tarifs 2000 – Veuillez m'abonner au tarif :

France métropolitaine	1 an (6 numéros)	165 FF <input type="checkbox"/>
	2 ans (12 numéros)	295 FF <input type="checkbox"/>
Étudiants	1 an (6 numéros)	110 FF <input type="checkbox"/>
<small>(sur présentation d'une copie R°/V° de la carte en cours de validité)</small>		
Autres pays et outre-mer	1 an (6 numéros)	220 FF <input type="checkbox"/>

Soit un montant de.....FF

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre du CFES
 Veuillez me faire parvenir une facture

Nom Prénom

Organisme Fonction

Adresse

Date et signature :

Je souhaite recevoir les numéros suivants :
 (prix au numéro : 39 FF).

- Vivre à la campagne, N° 333.
- Les drogues : usages – abus – dépendances, N° 334.
- Un environnement pour la santé, N° 335.
- Alimentation et populations défavorisées, N° 336.
- Violence : adolescents en quête d'espoir, N° 337.
- Arrêt du tabac : les méthodes qui marchent, N° 338.
- L'allaitement maternel, N° 339.
- Question de poids, N° 340.
- Éducation du patient... formation des soignants, N° 341.
- Quelle prévention du suicide ? N° 342.
- Portrait de famille, N° 343.
- Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344.
- L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345.

- 4** **Éditorial**
Limites de l'éducation et éducation aux limites
Alain Douiller
- 5** **Échos**
Évolution et enjeux de la formation en éducation pour la santé
Michelle Perrot
- 8** **International**
Le commerce et la santé
Ronald Labonte, Marilyn Wise
- 11** **Aide à l'action**
La place de l'éducation pour la santé dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
Fabien Tuleu
- 13** **Actualité des campagnes**
« La contraception, à vous de choisir la vôtre »
Sylvine de Méré

Dossier : P. 16 à 40 — Éducation à la santé à l'École

- | | | |
|---|---|--|
| <p>Éditorial
Santé-citoyenneté : quels enjeux pour l'école ?16</p> <p>Approche historique de l'éducation pour la santé à l'École
<i>Brigitte Sandrin Berthon</i> 17</p> <p>L'application québécoise du concept d'École en santé
<i>Suzie Lapointe, Yvan D'amours</i> 19</p> <p>Le concept d'école promotrice de santé
<i>Christine Ferron</i>20</p> <p>L'éducation à la santé en milieu scolaire : une éducation comme les autres ou une éducation alternative ?
<i>Antoine Lazarus</i>21</p> <p>Quelle articulation entre éducation à la santé et enseignements ?
<i>Régis Demounem</i>23</p> | <p>Du bon usage des disciplines en éducation pour la santé
<i>Christine Ferron</i>25</p> <p>Une démarche participative dans un projet d'établissement
<i>Stéphane Chateil, Bernard Champaloux</i> ..27</p> <p>Entretien avec les élèves du collègue Nicolas Fouquet à Mormant28</p> <p>Un dispositif novateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les rencontres éducatives sur la santé 31 • Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté 32 • Une action de prévention particulière : Élève, acteur de prévention32 • Éducation à la sexualité et à la vie : un projet éducatif global33 | <p>Trois regards sur le dispositif</p> <p>Les conditions d'une éducation pour la santé à l'École sont-elles réunies ?
<i>Brigitte Sandrin Berthon</i>34</p> <p>Les rencontres éducatives sur la santé : une obligation bienvenue
<i>Alain Monnot</i>35</p> <p>Les rencontres éducatives sur la santé : quelle articulation entre enseignants et personnels de santé ?
<i>Jeanne-Marie Urcun</i> 37</p> <p>L'éducation à la citoyenneté auprès d'élèves en difficulté
<i>Entretien avec André Bourdon</i>38</p> <p>Outils40</p> |
|---|---|--|

- 41** **Point de vue**
Vers une « macdonalisation » du monde ?
Entretien avec Paul Ariès
- 44** **Santé en chiffres**
Les 15-19 ans et les drogues illicites
Anne-Colline Goubert
- 45** **Environnement**
Des métaux lourds bien trop présents
Denis Dangaix
- 48** **Lectures – outils**

Limites de l'éducation et éducation aux limites

Dix francs par habitant, c'est ce que la France consacre à des dépenses d'éducation pour la santé, contre 12 000 francs aux dépenses globales de santé. Depuis des années, acteurs de prévention et décideurs politiques conviennent de cette insuffisance... sans que la situation n'évolue notablement.

Dix francs par habitant pour agir sur 170 000 décès en France par maladies cardio-vasculaires, 140 000 par cancers, 60 000 par consommation de tabac, 40 000 par consommation d'alcool, 12 000 par suicides ou 8 500 par accidents de la route, etc. ; c'est effectivement peu. Même si cette somme ne représente que les seuls budgets consacrés à des actions institutionnelles.

À qui revient-il de faire de l'éducation pour la santé ?

À qui doivent être attribués les moyens de la prévention et de l'éducation pour la santé ? Et quel rôle veut-on réellement faire jouer aux éducateurs pour la santé ?

Aux professionnels de l'éducation pour la santé dont c'est le métier bien sûr ; réseau des associations regroupées autour du Comité français d'éducation pour la santé, mais aussi services des caisses d'Assurance maladie, de la Mutualité Fran-

çaise, etc. Leurs moyens et les conditions d'exercice de leur travail ne sont pas toujours enviables : un métier, des méthodes et des formations qui restent encore à définir, un éparpillement des financements et des structures compétentes, une précarité majeure des structures associatives du fait de budgets essentiellement annuels et par projets, des priorités d'action qui ne commencent à être définies que depuis peu d'années.

D'autres structures non spécifiques revendiquent aussi une mission d'éducation pour la santé et l'exercent effectivement : spécialisées dans une thématique (alcool, tabac, toxicomanies, sida...), ou de mission plus générale sur un quartier, une commune (centre social, association communautaire, structure de loisirs...). Des professionnels dont ce n'est pas l'unique vocation exercent, enfin, une mission d'éducation pour la santé importante : services de santé scolaire, de protection maternelle et infantile, professionnels médicaux et paramédicaux.

Mais l'éducation pour la santé n'est-elle pas aussi et avant tout du ressort de tous les pro-

fessionnels, les bénévoles, les parents et les citoyens exerçant une mission éducative et pédagogique ?

Les dix francs évoqués reflèteraient alors sans doute bien l'insuffisance de moyens d'une profession qui cherche encore à se structurer, mais témoigneraient assez mal de la totalité des moyens investis dans une mission dont les protagonistes sont extrêmement variés.

Une vision corporative ou simplement soucieuse de la précarité d'une profession ne peut qu'amener à se réjouir des quelques moyens supplémentaires attribués à l'éducation pour la santé depuis quelques années. Mais l'enjeu n'est-il pas tout autant de renforcer un tissu social, garant de potentialités éducatives de la population au moins aussi indispensables que celles des professionnels ? Les éducateurs pour la santé peuvent amener du lien, de l'échange, du dialogue, des moyens d'expression dans ce tissu social. Mais que peuvent-ils sur les conditions économiques ou environnementales qui le façonnent ?

Ces professionnels se réfèrent de plus en plus à la Charte d'Ottawa. Elle définit plutôt les cadres de la promotion de la santé que de la seule éducation pour la santé, en insistant sur la multifactorialité de la santé : éducation, mais aussi conditions de vie, environnement, accessibilité aux services de santé, politiques publiques... Souscrire à cette vision de la santé et de l'éducation pour la santé limite – théoriquement – les tentations et les sentiments de toute puissance. Car elle renvoie à des responsabilités partagées : politiques, économiques, écologiques, individuelles, sociales.

L'augmentation des moyens de l'éducation pour la santé ne conduirait-elle pas à vouloir lui faire remplir une mission – la santé, le bien-être, l'égalité, la paix sociale – qui n'est pas de son unique ressort, mais où les institutions sont en difficulté : médecine, Éducation nationale, famille, politique ? Tout autant que l'enthousiasme et la compétence, ce sont sans doute la modestie et la clairvoyance qui doivent guider les éducateurs pour la santé afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle, mais seulement leur rôle.

Alain Douiller
Rédacteur en chef.



Évolution et enjeux de la formation en éducation pour la santé

La rencontre qui s'est tenue à Rennes, en juin 1999, sur le thème « Former en éducation pour la santé »¹ fait suite à un colloque, il y a une dizaine d'années, sur le même thème. Ses organisateurs, le CFES, l'École nationale de Santé Publique (ENSP) de Rennes et l'École de Santé Publique de Nancy, se sont donnés comme objectifs de dégager les évolutions que connaît ce champ et les enjeux de son développement (1).

Qui former et à quoi ?

Une étude préparatoire au colloque de 1989 faisait apparaître que le développement des pratiques d'éducation pour la santé et l'essentiel des formations en éducation pour la santé concernent les personnels paramédicaux, et particulièrement les infirmières (2). C'est dans ce cadre qu'est revendiquée la pluridisciplinarité, bien que cette dernière prenne plus la forme, dans les formations, d'une juxtaposition de disciplines. Ceci s'explique en partie par un défaut de reconnaissance du champ propre de l'éducation pour la santé. En outre, l'hétérogénéité des pratiques alimente l'hétérogénéité des formations. La mise en forme d'un savoir sur les pratiques a du mal à dépasser le récit des pratiques, faute d'outils conceptuels. La définition même de l'éducation pour la santé n'est pas claire : malgré l'appellation du colloque, nombre de participants continuent à parler d'éducation sanitaire. De même, si l'éducation pour la santé n'est plus décrite comme la transmission d'un savoir normé sur un thème particulier, les pratiques restent encore largement thématiques (3).

Alors comment former en éducation pour la santé sans être d'accord sur « les mots et les choses » ? Dès 1989, le thème de la formation en éducation pour la santé, à savoir la question de ses objec-

tifs, de son contenu, de ses méthodes pédagogiques et de son évaluation, conduit à un questionnement plus en amont, un questionnement de l'objet même de l'éducation pour la santé et des conditions de son développement en tant que champ propre en France. À partir de quelles représentations de la santé va-t-on construire une formation ? Le modèle théorique de référence est-il le modèle biomédical ou bien est-il un modèle interdisciplinaire en construction, s'inscrivant dans l'approche « promotion de la santé » définie par la Charte d'Ottawa ? Une professionnalisation du champ de l'éducation pour la santé dans le sens d'une spécialisation voire d'un métier est-elle souhaitable ? Autant de questions majeures soulevées lors de ce premier colloque.

L'offre de formation se diversifie...

La grande diversité des participants à ce second colloque reflète la diversification des acteurs de la formation en éducation pour la santé : plus de cent professionnels impliqués dans la formation en éducation pour la santé y ont participé : médecins et infirmières scolaires, universitaires des sciences de l'éducation et de la santé publique, personnes représentant des services de santé, des associations thématiques, le réseau des comités d'éducation pour la

santé, le réseau de la Mutualité Française, ainsi que le réseau des caisses primaires de l'Assurance maladie.

Un premier constat des participants au colloque concerne l'augmentation et la diversification, ces dernières années, des acteurs (publics et associatifs) impliqués dans la prestation de services en éducation pour la santé : professionnels du social, du soin et de l'éducation. Les besoins de formation de ces derniers ont généré une augmentation et une diversification de l'offre de formation. Cette inflation de la demande de formation est liée à l'association de plus en plus pratiquée par les institutions publiques entre l'éducation pour la santé, le développement social et la citoyenneté. L'éducation pour la santé y gagne une certaine légitimité assortie de moyens financiers, politiques et législatifs supplémentaires, bien que ces derniers soient encore éclatés.

Ce qui pose en revanche problème, c'est l'orientation des nouvelles formations dans le sens d'une technicité et d'un contrôle social accru, au détriment du sens même de la démarche d'éducation pour la santé, notamment

1. Les actes de ce colloque seront disponibles au second semestre 2000 et pourront être commandés au CFES et auprès de l'ENSP.

« L'offre de formation en éducation pour la santé se diversifie... et se structure »

© Philippe Ferrero.

► Références bibliographiques

(1) Ferron C. *Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies*. Vanves : CFES, coll. dossiers techniques, 1999 : 71 p.

(2) Lallement A.M., Jourdain A. Un état des lieux de la formation en éducation pour la santé en France : résultats d'une enquête. In : *Former en éducation pour la santé*. Actes du colloque de Rennes, 26-27 janvier 1989, ENSP, CFES. Rennes : ENSP, 1992.

(3) Bass M. A distance : quelques commentaires à propos du colloque Former en éducation pour la santé. In : *Former en éducation pour la santé*. Actes du colloque de Rennes. Rennes : ENSP, 1992 : 131-8.

dans le cadre des dispositifs de développement social. Un meilleur positionnement politique, éthique et technique de l'éducation pour la santé s'avère nécessaire afin de pouvoir répondre de façon cohérente et pertinente à la commande des institutions publiques et des politiques.

Parallèlement au développement de cette nouvelle conception du rôle de l'éducation pour la santé, c'est le concept même de santé qui a évolué vers une approche globale, dans une perspective de promotion de la santé. L'éloignement du modèle biomédical (santé du corps, prévention des maladies) et l'affirmation du modèle biopsychosocial (santé de la personne prise dans sa globalité) conduit en effet à une diversification des champs théoriques de référence de l'éducation pour la santé, issus de différentes disciplines : santé publique, sciences de l'éduca-

tion, sociologie, psychologie, communication. Cette évolution amène à modifier les compétences requises par les professionnels pour intervenir, *au service* de la population : la démarche éducative prônée est désormais participative et place l'apprenant au cœur de la démarche de formation. Le professionnel, qui a un rôle d'accompagnement, se situe dans une démarche de construction de savoirs et d'*empowerment* de l'individu ou du groupe, et non plus exclusivement dans celle d'une information à livrer. On se situe également dans une démarche plus empiriste où les modèles théoriques se développent à partir de l'analyse et de l'échange sur les pratiques d'intervention.

Pourtant, un décalage est encore souvent observé entre le discours participatif du « faire avec plutôt que faire pour » et les pratiques de formation. La démarche pédagogique active donne certes naissance à l'utilisation de nouveaux supports interactifs empruntés à diverses disciplines, mais ces supports ne garantissent pas la cohérence de la démarche de formation par rapport aux finalités éducatives, aux modèles de référence et à l'éthique de l'éducation pour la santé. Certains prérequis pédagogiques doivent être assurés pour maintenir cette cohérence : un travail en groupe restreint, la prise en compte des spécificités locales, du temps disponible et des formations-actions permettant de faire le lien entre théorie et pratique. La demande de formation en éducation pour la santé ignore souvent ces éléments ; il appartiendrait donc aux formateurs de les faire prendre en compte ou bien de refuser une demande incohérente.

Perspectives

Deux phénomènes sont à l'origine de la multiplication des besoins et des demandes dans le domaine de la formation en éducation pour la santé : d'une part, le développement des pratiques, assorti d'une spécialisation progressive des professionnels et d'une capitalisation de matériaux empiriques ; d'autre part, un intérêt accru de la part des institutions et des financeurs pour l'éducation pour la santé. L'offre de formation, initiale et continue, présente une grande diversité d'intitulés, de contenus et de statuts. Elle tend également à se multiplier en dehors de cadres académiques bien définis.



COMMUNIQUÉ

adsp

actualité et dossier en santé publique

Sommaire du numéro 29 décembre 1999

Éditorial

- Santé et aménagement du territoire : pour une meilleure adaptation au changement, *Roland Sambuc*

HCSP direct

- Réflexions du Haut Comité à partir du plan stratégique de la Cnamts

Actualité

- Drogues et prévention des dépendances ; une nouvelle approche, *Nicole Maestracci*

Alcoologie

- Sevrage du patient alcool-dépendant : vers un consensus ? *Maurice Bazot*

Études

- Vaccination, actualité et perspectives : expertise collective, *Françoise Audibert*

International

- L'Europe, la santé et les crises sanitaires, *Alain Lefebvre*
- Programme européen : surveillance de la santé, *Gérard Badeyan*

Repères

- Institut de veille sanitaire
- DEA « espace, aménagement et santé » Université Montpellier III
- Lectures. Lols & réglementation. Calendrier

Santé publique et aménagement du territoire

Coordonné par **Alain Corvez** et **Emmanuel Vigneron**

Pistes de réflexion pour l'action

- *Alain Corvez, Emmanuel Vigneron*
- **Villes, campagnes, réglons, Europe... les champs du problème**
- L'accès aux soins en milieu rural, *Christophe Bessin, Didier Carel, Véronique Lucas-Gabrielli, François Tonnellier*
- La médecine dans les campagnes du Nord, *Christophe Evrard*
- Villes, banlieues, zones défavorisées, *François Tonnellier*
- La congestion parisienne, *Jean-Paul Aïta, José Cascalès*
- Régionalisation et systèmes de santé en Europe, *Marc Duriez, Diane Lequet-Slama*
- Qualité et proximité des soins, *Jean-Pierre Daurès*

Les outils

- Les outils, *Alain Corvez*
- Les bassins de santé concept et construction, *Emmanuel Vigneron*
- Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ? *Olivier Lacoste, Jean-Louis Salomez*
- Où en est le PMSI en psychiatrie ? *Jean-Claude Pénachet, Jocelyne Pitiot*

Pistes d'action

- La place des hôpitaux locaux dans le maillage du territoire en Languedoc-Roussillon, *Pierre Chabas, François Lebrun, Françoise Vidal-Borrossi*
- Aménagement des territoires sanitaires et réseau de soins Le réseau périnatalité en Auvergne, *Bruno Aublet-Cuvellier, Marcel Venet, Michèle Mascart, Jean-Luc Meyer, Didier Lemery*
- La chirurgie ambulatoire et amélioration de l'aménagement du territoire, *Alain Corvez*
- Place et rôle des CHU et CHR, *Alain Corvez, Pierre Dujols, Didier Heve, Emmanuel Vigneron*
- Les centres de dialyse comme élément de maillage du territoire sanitaire en Paca, *Bénédicte Devictor, Yvon Berland, Claude Soutif, Françoise Barnouin, Roland Sambuc*

Tribunes

- Pour une politique sanitaire durable, *Antoine Bailly*
- Une réflexion prospective sur le système de santé, *Dominique Polton*
- Autisme : prise en charge et/ou relégation, *Bernard Azema*
- Représentation sociale des maladies et disparité de l'offre de soins, *Étienne Caniard*

Bibliographie. Adresses utiles

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique
adsp. HCSP, 8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP
Tél. 01 40 56 79 56. Mél : hcsp-adsp@sante.gouv.fr

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de structurer l'offre de formation, c'est-à-dire de déterminer des exigences théoriques, pédagogiques et éthiques communes, en tenant compte des interactions permanentes de la formation avec les pratiques et la recherche qui l'ont générée et continuent à l'enrichir. La formation, la recherche et le travail de terrain sont des éléments indissociables pour faire reconnaître l'éducation pour la santé. La stratégie de développement de la formation en éducation pour la santé esquissée à Rennes met ainsi l'accent sur le nécessaire partenariat entre l'Université et les éducateurs de santé.

Dans un premier temps, ce partenariat pourrait s'envisager dans le cadre d'une spécialisation après une formation de base en sciences sociales ou en santé publique, puis, à terme, dans le cadre d'une filière universitaire diplômante en éducation pour la santé. Les participants belges, américains et anglais au colloque de Rennes étaient là pour rappeler la faisabilité de ce projet et son importance pour la reconnaissance, sinon d'un métier, du moins d'un champ, avec ses apports spécifiques.

Michelle Perrot,
Chargée de mission,
service Appui au développement
de l'éducation pour la santé, CPES.

en bref

Journées Jonas

La deuxième édition du congrès Jonas 2000 (Journées sur l'obésité et la nutrition appliquées à la santé) a eu lieu les 14 et 15 janvier derniers à la Cité des sciences et de l'industrie à Paris. Ses objectifs étaient de faire passer, autour de la nutrition et du surpoids, des notions issues de la recherche dans la pratique des thérapeutes et de mieux faire connaître au grand public les enjeux et les solutions.

Le congrès a donc ouvert ses portes aux professionnels et au grand public ; conférences, tables rondes et conférences-débat ont permis de faire partager l'expérience de chacun et de travailler ensemble sur les problèmes posés par la nutrition et le surpoids.

Pour plus de renseignements, contacter
Capucine Lambert au 01.44.74.52.55.

Le commerce et la santé

Les débats et les oppositions qu'a fait naître le sommet de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) à Seattle ont montré que la mondialisation du libéralisme économique ne peut se développer sans conséquences dommageables sur le tissu social, la santé et l'environnement des nations. Il est indispensable que la promotion de la santé et l'éducation pour la santé participent à ces réflexions. Cet article nous y invite. Il est tiré du document d'information préparé par le Professeur Ronald Labonte¹ et le docteur Marilyn Wise² pour l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.

Aujourd'hui, on sait avec certitude que la santé des populations et des personnes est étroitement liée à la « richesse », ou du moins, aux revenus. Les populations des pays riches vivent plus longtemps et présentent des taux moins élevés de maladies, d'accidents et autres maux, que celles des pays pauvres. Toutefois, on relève des failles importantes dans cette équation « richesse = santé ». Les meilleurs indicateurs de la santé de la population d'un pays sont la viabilité de l'utilisation de ses ressources naturelles et la distribution équitable de ses richesses (1, 2). Le lien entre les inégalités de revenus et la santé des personnes est complexe : il implique, à la fois, des conditions matérielles et des effets psychologiques et physiologiques (3). Aux yeux de ceux qui luttent pour la santé et le bien-être des populations et de la planète, les échanges commerciaux doivent être encouragés dans la mesure où ils soulagent la pauvreté, mais à la seule condition que la richesse soit distribuée de manière équitable entre les populations et entre les pays, et qu'elle ne soit pas générée aux dépens de la protection des écosystèmes de plus en plus fragiles de notre planète.

Richesses et santé

Le développement économique reste l'une des principales inquiétudes relative à l'avenir de la santé humaine. Le lien avec un développement durable, viable pour l'environnement, est clair – un air pur, une eau propre et une

gestion des déchets adéquate, sont des déterminants essentiels de la santé. Mais la mondialisation économique met en péril de nombreux accords sociaux nationaux et internationaux, et sur l'environnement qui devaient protéger la santé et le bien-être des populations en général, et des groupes les plus démunis en particuliers. La vision dominante du monde est aujourd'hui celle du développement social comme l'un des moyens d'atteindre la croissance économique, plutôt qu'une fin en soi à laquelle l'économie ne fait que contribuer. La croissance économique a été le but de la libéralisation du commerce, il n'est donc pas surprenant que les accords commerciaux et d'investissement passent outre les accords sur l'environnement (4). En effet, la politique économique néolibérale qui sous-tend les décisions d'organismes tels que l'Organisation mondiale du commerce (OMC) met à mal la notion selon laquelle l'investissement public dans l'éducation, les soins de santé, le bien-être social, la création d'emplois ou même d'infrastructures comme les réseaux routiers, représente un investissement : ils sont plutôt perçus comme des « dépenses ». Ces orientations politiques considèrent le chômage, l'insécurité, la baisse du bien-être et l'érosion du capital social au mieux comme des effets secondaires qui peuvent être traités par la politique sociale ou, au pire, comme des leviers pour décourager toute velléité de résistance de la part des travailleurs (5).

La mondialisation au bénéfice de qui ?

Il est possible de considérer comme idéologique notre insistance à évaluer les résultats d'une intensification du commerce mondial et de la libéralisation des investissements en termes de conséquences sociales et environnementales. Mais cela va au-delà de l'idéologie. L'actuelle libéralisation du commerce va de pair avec une baisse de la protection de l'environnement et une augmentation de la pauvreté. Et il peut être démontré que les pays qui investissent dans des programmes sociaux et en faveur de l'environnement, ainsi que dans les infrastructures régulatrices qui atténuent les déterminants de la santé, enregistrent de meilleurs résultats économiques (3).

Par ailleurs, dans le cadre de l'OMC, les secteurs où la protection tarifaire est la plus élevée – ceux dans lesquels la libéralisation est encore retardée – sont ceux des produits agricoles et des textiles, ceux-là mêmes où les pays les plus pauvres détiennent un avantage économique sur leurs voisins nantis du Nord. Ces accords, qui favorisent les pays riches, comme le commerce des services, les droits de propriété intellectuelle, l'investissement mondial et la politique de la concurrence, ont débouché sur des actions et la mise en place d'accords et de comités de l'OMC. Ce n'est pas le cas de ceux qui favorisent le Sud, comme le transfert technologique, le développement des capacités des



Manifestation lors du sommet de l'Organisation Mondiale du Commerce à Seattle en novembre 1999.

pays et l'allègement de la dette. La question ne porte pas alors sur la mondialisation elle-même, mais sur qui elle concerne (6, 7).

Nous ne sommes pas opposés à un commerce mondial plus libre ni aux investissements en soi, encore moins à une modification des structures tarifaires et des autres réglementations nationales qui entravent ces échanges commerciaux et ces investissements. Nous pensons que l'OMC est devenue, et devrait le rester, une plate-forme importante qui permet de discuter des questions de gouvernance mondiale liées aux relations entre le marché et la société civile. Mais il est nécessaire d'imposer des changements significatifs dans les objectifs, les membres et les méthodes d'organisations telles que l'OMC, si l'on veut que le commerce ait un impact positif sur la santé et sur notre planète.

L'opposition aux pourparlers commerciaux de Seattle est liée au fait que

de plus en plus d'organisations reconnaissent la nécessité de renégocier les objectifs d'un commerce intensifié et d'une libéralisation des investissements avec un éventail beaucoup plus large de participants. Les représentants de l'industrie et du monde des affaires sont souvent bien plus nombreux que ceux des gouvernements nationaux lors des réunions de l'OMC ou des négociations d'accords spécifiques. Actuellement, les représentants des intérêts sociaux et de l'environnement ne peuvent pas participer directement à ces débats et négociations.

Nos recommandations

Nous pensons que l'OMC (et d'autres grands forums internationaux) doivent être utilisés pour discuter jusqu'à quel point les accords mondiaux actuels dans les domaines du commerce, de l'aide et des finances :

- permettent aux nations en développement d'améliorer leur position économique (équité mondiale) ;

- mettent en péril les ressources écologiques (durabilité environnementale) ;
- renforcent au lieu d'affaiblir la capacité des gouvernements de réglementer les marchés dans la poursuite d'objectifs communs favorables au bien-être des populations (justice sociale).

Et maintenant ?

L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) collabore avec différentes associations de santé publique et de promotion de la santé, au niveau international comme national afin de :

1. garantir que la santé humaine ainsi que la restauration et la protection de l'environnement physique soient à nouveau les objectifs centraux des gouvernements et des organisations internationales dans le domaine du développement économique, social et environnemental ;
2. réunir et diffuser les preuves des avantages économiques que représente la réalisation des objectifs sociaux et

environnementaux ;
3. réunir et diffuser les preuves des effets d'un commerce et d'investissements non régulés sur la santé humaine et l'environnement ;
4. développer la capacité de nos organisations à identifier et à proposer des solutions alternatives afin de garantir une plus grande équité, la justice sociale et la viabilité de l'environnement ;
5. contribuer au renforcement de l'alliance mondiale qui a réussi à influencer les procédures et les décisions prises par l'OMC ;
6. créer des instances pour agir au sein des pays et entre les pays eux-mêmes ;
7. garantir une représentation au sein de ou auprès des organes de décision, aux niveaux national et international.

L'établissement de relations comme celles qui unissent l'UIPES, ses partenaires dans le domaine de la santé publique et l'Alliance européenne pour la santé publique (EPHA) reste fondamental. Les réseaux de communication mondiaux offrent plus d'une occasion de renforcer ces alliances.

C'est notamment le cas de la nouvelle Commission de la macro-économie et de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. Cette commission a été chargée de rédiger une série d'études sur la manière dont des actions de santé concrètes peuvent déboucher sur la croissance économique et réduire les inégalités dans les pays en développement. Elle recommandera une série de mesures destinées à endiguer la pauvreté et à prouver que le développement économique tire des avantages de l'investissement dans le secteur de la santé (8).

L'UIPES pense que le mondialisme économique est peut-être le problème de santé publique le plus important de notre époque. Nous encourageons tous les professionnels de la santé publique à se faire entendre de leurs propres communautés, et de leurs gouvernements sur l'importance d'un nouvel ordre économique mondial qui soit juste et durable.

1. Université de Saskatchewan et Regina, Canada.
2. Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé et l'Association canadienne de santé publique.
Document préparé dans la perspective du Sommet de Seattle de l'Organisation mondiale du commerce.

Infos

Marilyn Wise

Australian Centre for Health Promotion
Tél. : +61 2 9351 5129
Fax : +61 2 9351 5205
E-mail : healthpromotion@health.usyd.edu.au
Internet : <http://www.health.usyd.edu.au/achp>

Marie-Claude Lamarre

Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé
Tél. : +33 1 46 45 00 59
Fax : +33 1 46 45 00 45
E-mail : iuhpemcl@worldnet.fr
Internet : <http://www.easp.es/iuhpe.htm>

Cet article est paru dans l'édition de janvier/février 2000 du European Public Health Update qui a pour thème la santé et le commerce. Pour obtenir des informations sur les modalités d'abonnement à l'Update (disponible en anglais, en français et en allemand), contacter Carole Défossé, Administration Officer, Tél. : +32 2 230 30 56, Fax : +32 2 233 38 80, E-mail : carole@epba.org.

Références bibliographiques

- (1) Canada's health action: building on the legacy. Ottawa : National Forum on Health, 1997.
- (2) Kaplan G., Pamuk E., Lynch J., Cohen R., Balfour J. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. Br. Med. J. 1996 ; 312 : 999-1003.
- (3) Labonte R. Brief to the World Trade Organization: World Trade and Population.
- (4) Kinnon C. World trade: bringing health into the picture. World Health Forum 1998 ; 19 : 397-406.
- (5) European Economists for an Alternative Economic Policy in Europe. Full employment, social cohesion and equity for Europe - alternatives to competitive austerity. Just Policy 1999 ; 16 : 41-9.
- (6) Navarro V. Whose globalisation? Am. J. Public Health 1998 ; 88 (5) : 742-3.
- (7) Berlinguer G. Globalization and global health. Int. J. Health Serv. 1999 ; 29 (3) : 579-95.
- (8) OMS, Commission de la macro-économie et de la santé. Genève. Communiqué de presse, OMS/2, 18 janvier 2000.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n°145 – février 2000

Initiatives

L'hystérectomie en question

par Christian Van Rompaey.

La santé au cœur des jeunes

par Françoise Picqué, Michel Andrien et al.

Réflexions

Communiquer, c'est la santé !

par Alain Cherbonnier.

Lu pour vous

La dangerosité des drogues

par Philippe Bastin.

Le magazine belge qui vous fait du bien partout !

Documentation

Bruxelles : la santé en chiffres. Adultes et santé... le pouvoir d'agir

par Bénédicte Meiers et Xavier Lechien.

Un centre de ressources sur l'enfant et l'hôpital

Index des principaux thèmes traités en 1999

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro :

Éducation Santé,
chaussée de Haecht 579/40,
1031 Bruxelles.

Fax: +2 243 20 49.

Mél: education.sante@mc.be



La place de l'éducation pour la santé dans les Praps

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) ont été créés par l'article 71 de la Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, pour ouvrir le dispositif de prévention et de soins aux populations en difficultés. Une circulaire de septembre 1998 prévoit la mise en œuvre « d'ateliers santé » confiée au Réseau des comités d'éducation pour la santé, afin d'améliorer les conditions d'accès à la prévention, aux soins et, par extension, à la santé des plus démunis ; ces activités, insérées dans les Praps, portent sur la mise en place d'actions pilotes et de formation des professionnels.

Ce premier article restitue les travaux d'un groupe de travail national relatif à « l'éducation pour la santé dans les Praps » mis en œuvre par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et co-animé, tout long de l'année 1999, par le Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) Midi-Pyrénées. Voici tout d'abord, le texte récapitulant les principes éthiques du réseau des associations d'éducation pour la santé, appliqués au champ de la précarité.

Les missions des comités d'éducation pour la santé sont définies par une Charte dont les valeurs et les objectifs s'appuient sur la Charte d'Ottawa, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

- mettre en œuvre des pratiques éducatives pour l'ensemble de la population, portées par le souci de lutter contre les inégalités, et exercer une vigilance pour ne pas les aggraver ;
- envisager la santé dans une perspective globale, considérée non comme l'absence de maladie mais comme une ressource pour agir ;
- respecter les équilibres individuels et sociaux qui résultent souvent d'une adaptation aux conditions de vie et qui pourraient être menacés par la promotion d'autres habitudes jugées de l'extérieur comme plus favorables à la santé ;



© Christophe Chouvy

Logement, une porte sur l'exclusion. Comité des Sans Logis, occupation d'un immeuble vide, Paris, 1994.

- favoriser la démarche globale de promotion de la santé dépassant progressivement les approches thématiques pour leur donner du sens par le développement de l'autonomie des personnes et des groupes ;
- développer les approches participatives pour accroître la responsabilisation et la capacité à opérer des choix en évitant des méthodes injonctives ou normalisatrices ;
- favoriser les pratiques participatives reconnaissant le savoir et les compétences des personnes et des groupes et respecter leurs choix en matière de santé ;

- respecter les principes démocratiques favorisant l'expression et l'écoute des personnes.

Par ailleurs, les comités n'ont pas pour vocation de se substituer aux acteurs de proximité ni d'entretenir, au niveau local, de relations dans la durée avec les populations. Ils doivent donc s'appuyer sur les professionnels en conformité avec les principes qui suivent. Leur intervention en direction des personnes en situation de précarité ne fait pas appel à des pratiques différentes de celles mobilisées au bénéfice d'autres catégories de la population.



Néanmoins, l'expérience acquise par les professionnels de ce réseau montre que toute action dans le champ de la précarité comporte des enjeux plus investissants par rapport à ceux que l'on rencontre ailleurs du fait d'une plus grande fragilité des personnes.

C'est pourquoi les intervenants en éducation pour la santé dans le champ de la précarité doivent exercer une vigilance accrue quant au respect des principes éthiques.

Principes éthiques

- Ne pas stigmatiser les personnes et leur environnement en leur permettant l'accès aux services de droit commun et en évitant de les enfermer dans des catégories ou des dispositifs cloisonnants.
- Respecter la confidentialité concernant ce qui touche aux personnes : ne doivent être partagées entre professionnels que les informations utiles à

la personne et pour lesquelles elle a donné son accord (« secret professionnel partagé »).

- Rester prudent quant aux demandes que l'on fait émerger et auxquelles on ne peut pas répondre.
- Reconnaître les compétences et les capacités d'autonomie des personnes dans le cadre des démarches éducatives qui leur sont proposées.
- Respecter la liberté de chacun d'adhérer ou non à une action proposée.

De façon plus générale, l'éducation pour la santé doit agir sur les déterminants accessibles à son champ propre d'intervention, mais aussi rendre compte de l'impact d'un certain nombre d'autres déterminants sur la santé des populations (logement, situation économique, conditions de travail...). Elle pourra ainsi concourir à l'impératif national que constitue la mise en œuvre

de la Loi d'orientation contre les exclusions (Art. 1).

Dans la prochaine rubrique, nous restituerons les principes méthodologiques et les démarches préconisées.

Fabien Tuleu

Responsable Adjoint, Service Adeps, CFES.

► Pour en savoir plus

- Circulaire Direction générale de la santé (DGS) du 8 septembre 1998.
- *Refuser la misère à l'échelle d'un pays. Une lecture de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.* Ed. Quart Monde, coll. dossiers et documents, n°9, 1998 : 133p.
- Tuleu F., Brixio O. *Santé précarité.* Vanves : CFES, coll. Guides d'action, 1997 : 80 p.
- *L'éducation pour la santé est-elle éthique ?* La Santé de l'homme n° 345, janvier 2000 : 48 p.
- Charte du réseau des Comités, CFES, version 1999.

Santé publique

sommaire

n°4 - décembre 1999

Éditorial

La grève des médecins de l'Éducation nationale
E. Aptel, M. Tricoire, J. Martin, A. Ducros

Études

Le dépistage organisé du cancer colorectal en France. Système de soins et logiques professionnelles
C. Herbert, G. Launoye

Des professionnels de santé publique européens pour exprimer dix priorités pour l'Union européenne... à suivre
D. Oberlé, M. Brodin, O. Weil

Passage des adolescents (12-19 ans) au service d'accueil et d'urgences pédiatriques d'un Centre Hospitalier Universitaire : usage et messages.
O. Ganry, B. Boudailliez, J.C. Pautard, J.L. Daroux, P. Berquin

Contribution d'une approche combinatoire dans l'analyse de besoins de formation dans deux régions sanitaires du Maroc.
A. Radfa

Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital
D. Bertrand, P. François, P. Romanet

Pratiques

Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand Hôpital
S. Fanello, L. Moutel, L. Houssin, C. Durand-Stocco, P.M. Roy

Gestion du temps de travail dans les formations sanitaires de la sous-préfecture d'Abomey-Calavi (Bénin)
M. Makoutadé, N.N. Kassanga, E.M. Ouenda, V.D. Agueh, P.M. Diallo

Santé ressentie et implication au travail des infirmier(e)s de l'Éducation nationale
A. Batt, F. Le Duff, F. Trouve, C. Bideau, N. Brunet, H. Chermeux, M.P. Drean, M.C. Guyot, L. Le Bras, B. Le Parc, I. Le Peru, A. Lefebvre, F. Lesellier, M.F. Perrot, M.A. Sansoucy, M.F. Trepos

Évaluer les référentiels de codage de la morbidité en médecine générale de ville
J. Cittée

Pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage du virus de l'hépatite C dans la région lyonnaise
F. Sahajian, E. Caillat-Vallet, F. Bailly, G. Excier, C. Trepo, J. Fabry, M. Sepetjan

Facteurs de participation à une campagne de dépistage du cancer colorectal dans le cadre de la médecine du travail
D. Fabre, B. Faliu, P. Grosclaude, F. Gaston-Jeanzac, J.P. Couaillac, M. Machelard-Sauvage

Lectures



La Santé de l'homme vous propose désormais une nouvelle rubrique « Actualité des campagnes », pour mettre en lumière les objectifs, les acteurs, les publics concernés et les moyens des campagnes nationales de communication.

« La contraception, à vous de choisir la vôtre »

Les vingt-cinq ans de la Loi Veil offrent l'occasion au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, en collaboration avec les ministères de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, de l'Agriculture et des Dom-Tom, ainsi que diverses associations et professionnels de santé, de lancer une campagne sur la contraception déclinée sur toute l'année, dans l'hexagone et dans les départements d'outre-mer. Il faut revenir à 1982 pour trouver une campagne grand public sur le même thème.

La campagne a débuté en janvier 2000 pour se développer tout au long de l'année avec la mise à disposition d'une ligne téléphonique, la diffusion de guides pratiques et d'affiches et la réalisation de diverses actions de sensibilisation sur le territoire national et dans les Dom-Tom.

Le contexte de la campagne

Aujourd'hui, la contraception est largement répandue en France : le taux d'utilisation des contraceptifs n'a cessé d'augmenter. Il figure parmi les plus élevés d'Europe. Plus de deux femmes sur trois, entre 20 ans et 44 ans, utilisent une méthode contraceptive.

Cependant, les chiffres prouvent que la contraception n'est pas suffisamment maîtrisée : le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste de 220 000 pour 730 000 naissances. C'est chez les adolescentes que les chiffres sont les plus alarmants : près de 10 000 grossesses non désirées chaque année d'après le rapport

du professeur Michèle Uzan (novembre 1998), plus d'une sur deux se terminant par un avortement.

Il y a donc une **nécessité d'informer** sur les méthodes contraceptives et les moyens de se les procurer, **d'orienter** vers les structures d'accueil et d'information, **de faire progresser aussi la connaissance du corps**.

Pour faire baisser le nombre de grossesses non désirées, l'éducation doit porter en priorité sur deux risques :

- l'absence de contraception lors des relations sexuelles (et particulièrement lors des premières relations sexuelles) ;
- l'oubli de contraception sur le long terme.

Enfin, un autre progrès est primordial : celui de réduire les inégalités sociales en matière de contraception. Le taux de recours à la pilule est étroitement lié au niveau d'éducation et d'insertion sociale. L'accès à l'information et aux méthodes contraceptives demeure nettement plus difficile pour les plus jeunes et les plus modestes.

Trois publics prioritaires

Si l'ensemble de la population est concernée, la campagne vise en priorité trois publics :

- **les jeunes** pour les inciter à se poser des questions et à choisir la bonne contraception au bon moment ;
- **les célibataires** pour rappeler les bons réflexes dans la gestion d'une sexualité souvent intermittente ;



- **les couples** pour leur rappeler le choix d'une contraception concertée dans le cadre d'une relation durable.

Une campagne axée sur le choix

« La contraception : à vous de choisir la vôtre » est le slogan de la campagne. Un slogan positif, responsabilisant, qui implique une décision personnelle et réfléchie sur le mode contraceptif choisi. Pour les plus jeunes, un des messages rappelle que : « l'âge moyen du premier rapport se situe autour de 17 ans », et qu'« il faut savoir dire non si on n'a pas envie ou si on ne se sent pas prêt ou prête ».

Les objectifs de la campagne sont précis. Ils consistent à :

- réaffirmer l'enjeu de la contraception et lui redonner son sens premier : une source d'épanouissement personnel ;
- lever les freins, les peurs et les idées reçues sur la contraception ;
- informer sur les différents modes de

contraception disponibles, sans influencer le choix, tout en rappelant la nécessité du port du préservatif ;
– faciliter l'accès à l'information par une meilleure connaissance des endroits, des structures et des points d'accueil.

Le dispositif en France et dans les Dom-Tom

Hormis les actions via les médias classiques (spots télévision, radio et presse féminine), l'accent a été mis sur les moyens d'information complémentaire qui viendront, pour la plupart, appuyer les nombreuses actions prévues sur le terrain.

Un guide de poche de la contraception

Diffusé à douze millions d'exemplaires, il offre un panorama des principaux modes de contraception. Présenté sous la forme d'une carte de crédit, il est d'ores et déjà disponible dans les collèges, les lycées, les universités, les

relais associatifs, les centres de santé, les services spécialisés dans la jeunesse et ceux des droits des femmes ; dans les mutuelles enfin et dans les pharmacies.

Un standard téléphonique 0825 08 90 90 (N° Indigo 0,99 F/ minute)

Cette plate-forme téléphonique fonctionnera jusqu'au second semestre 2000 pour répondre à toutes les interrogations courantes sur la contraception, donner des informations factuelles, orienter éventuellement vers une structure spécialisée. Cette ligne est ouverte pour informer et non pour donner un avis médical.

Une affichette à destination des professionnels de santé

Apposée par les pharmaciens, gynécologues, infirmières scolaires, associations, PMI, hôpitaux, cette affichette permettra aux professionnels de santé de mieux relayer la campagne auprès de leurs publics.

Un foisonnement d'initiatives locales...

Partout en France et dans les Dom-Tom, des initiatives verront le jour : émissions de radios, conférences, rencontres et tables rondes avec divers publics ciblés, journées portes ouvertes, expositions, salons, projections de films, représentations théâtrales, foires, festivals, camionnettes de caisses d'assurance maladie et bus spéciaux pour porter l'information à tout le monde... et même des pin's : bref, cette campagne sera déclinée dans les départements français avec les idées, les sensibilités, les énergies et les moyens de chaque localité.

...et nationale avec le ministère de l'Éducation nationale...

Voici quelques-unes des nombreuses actions d'éducation à la contraception, à la sexualité et à la vie qui seront développées dans les collèges et les lycées :

- de la classe de 3^e à la terminale, seront distribués quatre millions d'exemplaires du Guide de poche de la contraception. Cette diffusion sera assortie d'un accompagnement des équipes éducatives auxquels pourront être associés des intervenants extérieurs (médecins, associations...);

- les infirmières scolaires recevront une formation sur les méthodes contraceptives et les missions des centres de planification familiale ;

- depuis la fin février 2000, sont mis à la disposition des enseignants des outils pédagogiques sur la transmission de la vie, la contraception et l'éducation à la sexualité ;

- des distributeurs de préservatifs seront installés dans tous les lycées (note ministérielle du 26 juin 1992), ainsi qu'un panneau d'affichage spécifiquement consacré à la sexualité et la contraception ;

- des personnes référentes coordinatrices des différentes actions d'éducation à la santé et à la sexualité de l'établissement seront nommées ;

- les recteurs, en liaison avec les parents d'élèves, recenseront les personnes susceptibles d'apporter leur concours à la communauté éducative en ce qui concerne l'éducation à la sexualité et à la vie.

Ces rencontres se feront dans le cadre des 30 à 40 heures obligatoires consacrées annuellement à l'éducation à la santé.

...et celui de l'enseignement supérieur

Tout au long de l'année 2000, des actions de sensibilisation à la contraception seront mises en œuvre et près de deux millions de brochures seront distribuées aux étudiants.

Un dispositif sur mesure dans les Dom-Tom

Outre-mer, les grossesses précoces et les IVG affectent beaucoup d'adolescentes et de femmes adultes. Des chiffres parfois très importants (72,8 % d'IVG en Guadeloupe) traduisent surtout un déficit d'information.

Un dispositif spécifique a été mis en place pour ces départements (spots télévisés, brochures, ligne téléphonique, affiches, concours, films, partenariats et manifestations autour de cette campagne de communication sur la contraception.

Sylvine de Méré
CFES.



"Après la naissance de notre premier enfant, on s'est dit qu'un allaitement un peu. Hélène prenait la pilule depuis longtemps. Nous en avons parlé, elle a vu son gynécologue. Elle a choisi le stérilet qui lui convient mieux maintenant. Un autre enfant, bien sûr en en a envie, mais pas tout de suite."

La contraception, à vous de choisir la vôtre.

Vous avez des questions sur la contraception, appelez le N° Indigo 08 90 90 90

Éditorial
Santé-citoyenneté :
quels enjeux pour l'École ? .. 16

Approche historique
de l'éducation pour
la santé à l'École
Brigitte Sandrin Berthon 17

L'application québécoise
du concept d'École en santé
Suzie Lapointe, Yvan D'amours 19

Le concept d'école promotrice
de santé
Christine Ferron 20

L'éducation à la santé en milieu
scolaire : une éducation comme
les autres ou une éducation
alternative ?
Antoine Lazarus 21

Quelle articulation entre
éducation à la santé
et enseignements ?
Régis Demounein 23

Du bon usage des disciplines
en éducation pour la santé
Christine Ferron 25

Une démarche participative
dans un projet d'établissement
Stéphane Chateil, Bernard Champaloux 27
Entretien avec les élèves du collège
Nicolas Fouquet à Mormant 28

- Un dispositif novateur :**
- **Les rencontres éducatives**
sur la santé 31
 - **Les comités d'éducation à la**
santé et à la citoyenneté 32
 - **Une action de prévention**
particulière : Elève, acteur
de prévention 32
 - **Éducation à la sexualité**
et à la vie : un projet
éducatif global 33

Trois regards sur le dispositif

Les conditions d'une éducation pour la
santé à l'École sont-elles réunies ?
Brigitte Sandrin Berthon 34

Les rencontres éducatives sur la
santé : une obligation bienvenue
Alain Monnot 35

Les rencontres éducatives sur la
santé : quelle articulation entre
enseignants et personnels de santé ?
Jeanne-Marie Urcun 37

L'éducation à la citoyenneté
auprès d'élèves en difficulté
Entretien avec André Bourdon 38

Outils 40

Éducation à la santé à l'École



ILLUSTRATIONS DU DOSSIER : © CLAIRE FRANIEK

Dossier coordonné par
Michel Massacret, Felicia Narboni et Nadine Neulat
Bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention,
direction de l'Enseignement scolaire,
ministère de l'Éducation nationale

Santé-citoyenneté : quels enjeux pour l'École ?

Affirmer que l'École a un rôle à jouer en matière d'éducation à la santé n'est encore objet de consensus ni à l'Éducation nationale, ni dans l'opinion publique.

S'il est vrai que cette responsabilité relève d'abord des familles et de l'action publique en matière de santé, l'École, de par sa mission d'éducation, participe à la construction de la personne : préparer les jeunes à s'accomplir dans leur vie d'adultes, leur proposer des repères, les aider à choisir des comportements qui préservent leur santé dans le respect de soi, des autres et de l'environnement.

Pour autant, parce que l'éducation à la santé à l'École ne représente pas encore un concept stabilisé ni n'implique des pratiques toutes

**« Si l'adolescent a un projet,
même à long terme,
il est sauvé ».**
(Françoise Dolto)

reconnues, innervant l'ensemble du système éducatif, le présent dossier se donne pour objet de tenter d'éclairer, ce qui, dans l'évolution actuelle, est porteur de sens pour l'avenir et enjeu de débats. Partant de l'évolution du concept de santé à l'École,

il se propose d'interroger la politique actuellement conduite en France dans l'enseignement secondaire, en la resituant dans son contexte historique international, et en la nourrissant de réflexions sur ce qui en fait l'originalité : son lien avec les enseignements disciplinaires et la citoyenneté dans une approche de santé globale de l'élève.

De façon à porter témoignage de ce qui est pensé, pratiqué ou perçu à différents niveaux, il a paru pertinent de faire appel à la fois à des experts dans le domaine de la santé (profes-

seur de santé publique, médecins de l'Éducation nationale, chercheurs), à des responsables éducatifs (chefs d'établissements, inspecteur général), à des responsables institutionnels (domaine éducatif et domaine de la santé publique), à des élèves de collège ayant participé à des actions d'éducation à la santé.

Ces articles, ainsi réunis, constituent, de par leur diversité (études, points de vue, analyses, exemples de pratiques, outils pédagogiques), une approche plurielle de la question.

Au-delà des résistances, des difficultés, voire des contradictions, le dossier fait apparaître quelques idées-forces. Elle tiennent d'une part aux évolutions de la société avec ce qu'elles impliquent d'exigences renouvelées dans le domaine du bien-être de chacun. Elles tiennent aussi à une redéfinition de la relation entre l'individu et le groupe avec l'émergence d'une dynamique forte entre citoyenneté et santé. Elles tiennent enfin au refus des rigidités et des cloisonnements, les approches globales ou complémentaires étant privilégiées par rapport aux seuls modèles disciplinaire et biomédical.

Ces idées-forces fondent les orientations préconisées en termes d'éducation à la santé : au-delà de la cohérence pluridisciplinaire, il s'agit d'engager l'ensemble des équipes éducatives dans un projet dont les ambitions dépassent le cadre des enseignements pour contribuer à renforcer chez les élèves les compétences personnelles et relationnelles requises pour gérer et conforter leur santé.

**Bureau de l'Action sanitaire et sociale et de la
Prévention, direction de l'Enseignement scolaire,
Ministère de l'Éducation nationale.**



Approche historique de l'éducation pour la santé à l'École

Évoquant les évolutions majeures de l'éducation pour la santé à l'École au cours du XX^e siècle, Brigitte Sandrin Berthon rappelle aussi le caractère non linéaire de ces changements et met en garde contre les risques sociaux et éthiques qu'elle fait courir. L'auteur a fait paraître en 1997, chez ESF Editeur, un ouvrage intitulé *Apprendre la santé à l'école*.

À la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e, l'éducation pour la santé se fait au travers des leçons de morale : « *En te levant expose ton lit à l'air et refais-le aussitôt. La plus grande propreté est nécessaire pour faire la bonne cuisine. La tuberculose est contagieuse et par conséquent évitable. La porte du cabaret conduit à l'hôpital.* » Les maladies infectieuses et l'alcoolisme provoquent beaucoup d'absentéisme au travail et représentent donc, pour un pays en pleine industrialisation, un problème économique majeur. En l'absence de médicaments efficaces pour lutter contre les microbes, on enseigne à l'école l'hygiène médicale et domestique, on enseigne « *aux pauvres les bonnes manières des riches* » (1). Le taux d'illettrisme chez les adultes étant élevé, on compte sur les enfants pour transmettre aux parents les consignes d'hygiène et de santé.

À partir de la Seconde Guerre mondiale, les progrès sont très importants et très rapides dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies. Les techniques d'investigation du corps humain sont plus précises, les médicaments plus efficaces et plus nombreux : antibiotiques, anti-inflammatoires, corticoïdes. Le modèle biomédical de la santé est à son apogée. Le corps est assimilé à une machine qu'il faut apprendre à entretenir pour qu'elle fonctionne le mieux et le plus longtemps possible. L'éducation pour la santé s'applique donc à informer le grand public, à transmettre aux profanes le savoir des spécialistes. Le médecin est supposé connaître mieux que qui-

conque les maladies mais aussi les meilleures manières de protéger sa santé, de se nourrir, de faire du sport, d'élever les enfants. L'école enseigne aux enfants les moyens de garder leur corps en bon état de fonctionnement. On pense qu'il suffit de savoir et de comprendre qu'un comportement nuit à la santé pour être capable d'y renoncer.

À partir des années soixante-dix, on perçoit de plus en plus les limites d'une approche exclusivement organique de la santé, d'une part, et de méthodes pédagogiques centrées sur le savoir à transmettre, d'autre part. On insiste sur la prise en compte de l'être humain dans sa globalité. Dans le domaine sanitaire et social, on se réfère volontiers à la définition pourtant déjà ancienne de l'Organisation mondiale de la santé : les dimensions biologique, affective et sociale de la santé paraissent indissociables. De la même manière, on revendique une éducation qui développe non seulement les facultés de raisonnement et de mémorisation mais aussi les capacités physiques, le sens artistique et la vie relationnelle. Dans les programmes scolaires, l'éducation pour la santé n'apparaît officiellement qu'en 1991 mais déjà les pratiques se diversifient. On n'a plus pour seul objectif de transmettre des connaissances sur le corps. On ne parle pas encore de compétences psychosociales ni d'approche par les pairs mais on crée des clubs santé, on cherche à développer chez les enfants et les adolescents le sens des responsabilités ou les capacités d'expression et de communication.

Depuis le début des années quatre-vingt, les effets de la crise économique se font sentir et les problèmes sociaux font de nouveau massivement irruption dans le champ de la santé. L'augmentation du chômage, le vieillissement de la population et le coût très élevé de la technologie médicale provoquent une crise profonde du système de protection sociale. La santé n'est plus définie comme un état idéal mais comme un processus qui permet à chacun de s'adapter en permanence à son environnement. Les éducateurs pour la santé savent bien que leur travail n'a de sens que s'il s'inscrit dans un véritable projet social, ils rappellent d'ailleurs constamment les limites de leur intervention. Ils mettent l'accent sur la participation active de la population : ils essayent, autant que possible, de travailler avec les gens et non pour eux, de les associer à toutes les étapes de la démarche éducative. Ils insistent également sur la notion de partenariat : les problèmes à résoudre sont complexes et nécessitent, à l'école par exemple, l'implication de toute la communauté éducative et la collaboration avec des professionnels extérieurs à l'établissement, aux compétences diverses et complémentaires.

L'évolution des idées et des pratiques est toujours capricieuse. La chronologie présentée ici est donc trop simple. Les différentes approches de l'éducation pour la santé coexistent. Le modèle biomédical de la santé et les méthodes éducatives basées sur la simple vulgarisation des connaissances scientifiques sont encore très prégnants. Les risques d'une telle approche, bien

Jusqu'à 14 mois
rien que du lait aux
enfants.

Pas de langes serrés,
pas de corsets serrés.

Air confiné: air
vicié.

Tenez vos fenêtres
ouvertes le jour et
entr'ouvertes la nuit (en été)

Pas de rideaux aux
lits, pas d'alcôves.

Où le soleil n'entre
jamais, le médecin
entre souvent.



Lait jusqu'à 14 mois (Bon)
Berceaux aérés (Bon)



Soupes bouillies (Mauvais)
Berceaux fermés (Mauvais)



Logement aéré (Bon)



Logement sans air (Mauvais)

Pas de poêles à
combustion lente.

Faites au moins
une lieue par jour.

Fuyez le petit verre
comme la peste.

Maison humide:
maison malsaine (Rhumatisme, Anémie)

Tête froide, pieds
chauds, ventre libre.

Assurez-vous que
votre eau n'est pas
empoisonnée par les
fosses d'aisances.



Sobriété (Bon)



Intempérance (Mauvais)



Grand air et Exercice (Bon)



Manque d'exercice (Mauvais)

que souvent dénoncés par les éducateurs pour la santé, sont encore insuffisamment pris en compte :

- la médicalisation de la vie quotidienne : si l'on n'y prend garde, l'éducation pour la santé accroît la dépendance aux professionnels de la santé. À une époque où l'on dénonce si souvent la rupture des liens familiaux et sociaux, il faut être attentif à ne pas entraver, par de savants conseils, la transmission de compétences au sein même de la population, des parents vers les enfants par exemple ;

- l'accroissement des inégalités sociales : dans le domaine de la santé, les jeunes reçoivent de multiples conseils de la part de leur famille, de leurs copains, des médias... Toute information nouvelle, apportée par l'école, se heurte donc aux valeurs, aux normes et aux pratiques apprises dès l'enfance. Elle provoque inévitablement

une résistance au changement qui est d'autant plus forte que le message exprimé est éloigné des habitudes de vie de l'élève. Autrement dit, si l'on donne un même conseil à toute la classe, les élèves qui sont le mieux à même de l'utiliser dans leur vie quotidienne sont ceux dont les pratiques familiales sont déjà proches de la recommandation formulée. Si le conseil bouscule trop les croyances ou les habitudes antérieures, il ne peut être entendu ;

- la culpabilisation : la santé d'un jeune ne dépend que très partiellement de ses comportements. Elle dépend beaucoup de facteurs génétiques, culturels, socio-économiques mais aussi des conditions de vie qui lui sont offertes à l'école. En passant sous silence cette pluralité de déterminants, en évoquant la seule responsabilité de l'élève, l'éducation pour la santé risque fort de provoquer un sentiment de culpabilité. Aider les

enfants à devenir responsables de leur santé est une intention louable. Passer sous silence les autres niveaux de responsabilité, c'est leur faire porter une bien lourde charge. Ce n'est pas ainsi que l'on développera leur confiance en l'adulte. On risque même d'accroître leur révolte et leur désir de transgresser les interdits au moment de l'adolescence.

L'approche préconisée par la circulaire de novembre 1998, qui définit les orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège, devrait dorénavant permettre d'échapper à ces risques : ce dossier de *La Santé de l'homme* est là pour en témoigner.

Brigitte Sandrin Berthon

Médecin de santé publique au CPES,

(1) Deschamps J.P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien* 1984 ; 34 : 485-97.



L'application québécoise du concept d'École en santé

Dans la perspective de favoriser une meilleure concertation entre les partenaires et une complémentarité dans leurs interventions, des orientations conjointes concernant le concept d'École en santé s'élaborent présentement au Québec entre les deux ministères concernés – Santé et Services sociaux, Éducation – et leurs réseaux respectifs.

Cette terminologie École en santé n'est pas exclusive et n'est donc pas l'appellation retenue pour toutes les initiatives liées à la santé et au bien-être des enfants et des jeunes en milieu scolaire. Toutefois, tenant compte du processus en constante évolution, les objectifs visés militent en faveur du développement optimal du jeune, du développement de l'école milieu de vie, de la prise en charge par les jeunes eux-mêmes de leur santé, de la responsabilisation et de l'implication des parents, de la communauté et du personnel scolaire.

L'approche globale et intégrée en promotion de la santé des enfants et des jeunes d'âge scolaire guide la plupart des actions de type École en santé¹. Cette approche suppose un large éventail de programmes, de politiques, de services et d'activités qui prennent place dans les écoles et leur environnement immédiat. Elle intègre de multiples stratégies d'éducation à la santé, privilégie des services de soutien pour les élèves, leur famille et les enseignants. Elle favorise également l'utilisation des ressources d'entraide dans la communauté ainsi qu'un environnement sain et sécuritaire propice au développement des enfants et des jeunes. Cette approche fait appel à la coordination des efforts des partenaires de différents secteurs. Elle implique un changement important dans les modes de pratique (décloison-

nement des professions et des secteurs, évitement d'une duplication des interventions) afin qu'ils soient mieux adaptés aux besoins.

Les initiatives s'appuient sur les acquis et les expériences passées dans l'école et la communauté et elles se développent selon les préoccupations et les priorités identifiées par le milieu.

L'esprit et le contenu de la réforme de l'éducation en cours actuellement au Québec se prêtent bien à l'implantation de projets de type École en santé. D'abord, l'école jouit maintenant d'une grande autonomie pour la mise en place de projets particuliers. Les décisions se rapportant aux activités et aux services sont prises par le conseil d'établissement formé majoritairement de parents, mais aussi d'enseignants, d'élèves, d'autres personnels et de membres de la communauté. Les nouveaux programmes d'études favorisent notamment le développement des compétences en y intégrant des élé-

ments de promotion de santé, de bien-être et de prévention, d'une part dans les programmes disciplinaires tels le français, l'histoire et l'éducation à la citoyenneté, l'éducation physique et à la santé ; d'autre part dans l'ensemble des activités et des services mis en place à l'école. Ainsi, une approche intégrée est privilégiée. C'est par la responsabilisation et l'implication active des jeunes dans des projets ou des activités que l'on vise l'adoption d'attitudes et de comportements souhaitables sur les plans social et sanitaire.

Les expériences actuelles bénéficient, dans le cadre de projets pilotes, de l'existence de modèles organisationnels dans plusieurs régions et de recherche visant à évaluer l'impact des interventions intersectorielles.

Des projets « Jeunes en santé »

Depuis quelques années, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux unissent leurs efforts afin de présenter aux écoles une



1. Définition de Comprehensive school, health, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1992).

offre de service s'adressant aux enseignants et aux animateurs en milieu scolaire pour une formation aux techniques de gestion de la classe. Les différents modules de formation offerts au personnel scolaire visent à favoriser la qualité de vie en classe par la participation des élèves aux décisions relatives aux activités et à stimuler leur créativité. L'objectif est de développer l'estime de soi des jeunes, leur autonomie, leur sens des responsabilités et de favoriser la concertation et le partenariat dans la réalisation des activités. Une autre activité de ce programme s'adresse aux parents et cherche à stimuler leur intérêt pour le cheminement personnel et scolaire de leur enfant.

Un programme « Cœur en santé »

Un programme de promotion de la santé ciblant les jeunes de 9 à 12 ans, leurs parents, le personnel enseignant et non-enseignant de huit écoles primaire existe depuis plusieurs années.

Ces écoles desservent un public fortement multi-ethnique et en situation de précarité. Ce projet s'inspire du concept d'approche globale intégrée autour de trois composantes : les services de santé via les réorientations de la pratique des infirmières scolaires ; l'environnement via une modification de l'environnement physique et social ; l'éducation à la santé via le curriculum d'études.

Un guide « Mieux vivre dans la cour d'école »

Dans la perspective de toucher les différents milieux de vie du jeune, un guide traitant de l'aménagement et de l'animation de la cour d'école a été conçu par une Direction régionale de santé publique. Les sujets traités sont les suivants : animation, aménagement physique et naturel, rôle des différents partenaires, financement, sécurité, lutte contre la violence et le vandalisme.

Le projet d'orientation concernant l'école en santé devra considérer des cibles, des stratégies et des actions structurantes. En voici quelques exemples : une analyse des conditions de réussite des actions ; un soutien financier aux initiatives nationales, régionales et locales ; un leadership bien identifié aux différentes étapes, un curriculum d'études basé sur le développement des compétences essentielles liées à la santé et au bien-être des enfants et des jeunes ; une révision des pratiques sociosanitaires en milieu scolaire ; une mise en réseau pour une meilleure concertation et un échange d'expertise ; des indicateurs d'évaluation pour les initiatives novatrices.

Suzie Lapointe

Responsable du dossier de la santé scolaire, ministère de la Santé et des Services sociaux,

Yvan D'amours

Coordonnateur des services complémentaires ministère de l'Éducation, Québec, Canada.

Le concept d'école promotrice de santé

Les rapides changements qui se produisent actuellement dans de nombreux pays en Europe ouvrent la voie à de nouveaux défis et de nouvelles opportunités pour la promotion de la santé. De toute évidence, le système éducatif constitue le cadre idéal pour la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé. Il est important que les professionnels de la santé et de l'éducation, ainsi que tous les membres des communautés en interaction avec l'école, reconnaissent ce rôle du système éducatif, afin que soient abordées des questions telles que :

- comment le milieu scolaire peut-il contribuer au développement de modes de vie sains ?
- comment peut-il contribuer à favoriser et entretenir la santé du personnel scolaire, des élèves et de leur entourage ?
- que faudrait-il modifier dans les règlements intérieurs et dans la vie scolaire pour que l'environnement social et physique devienne plus favorable à la santé ?

Une école promotrice de santé a pour objectif d'aider l'ensemble de la population scolaire à

adopter des styles de vie sains ; afin d'y parvenir, elle s'organise pour contribuer de manière significative à la promotion de la santé. Elle met tout en œuvre pour que le milieu scolaire soit à la fois sûr et favorable à la santé sur le plan physique et relationnel. Elle s'appuie sur un engagement de tous les membres de la communauté scolaire.

Pour tous ceux qui y vivent et y travaillent, l'école promotrice de santé crée les conditions d'un contrôle accru sur leur propre santé physique et émotionnelle, et d'une amélioration de celle-ci. Ces conditions sont réunies grâce à des changements dans ses modes de gestion, ses relations internes et externes, ses méthodes d'enseignement et d'apprentissage, et ses modalités d'interaction avec son environnement social.

Textes extraits de Les Écoles Promotrices de Santé : un investissement pour l'éducation, la santé et la démocratie, rapport de l'OMS-Europe, 1997 (traduction : Christine Ferron, chargée de mission au CFES)

Le rôle des enseignants

- accroître les connaissances et la pensée critique chez les enfants ;
- créer un environnement qui favorise l'apprentissage, l'estime de soi, la créativité et la sociabilité ;
- aider chaque élève à développer sa personnalité et son autonomie ;
- aider les enfants à prendre conscience de leurs capacités ;
- soutenir le développement de leurs compétences en matière de communication et de coopération ;
- promouvoir leur capacité à se prendre en charge en accroissant leur confiance en eux-mêmes ;
- être attentif aux réflexions et préoccupations des jeunes et y répondre ;
- être un support d'identification positif ;
- valoriser la diversité et les spécificités culturelles.



L'éducation à la santé en milieu scolaire : une éducation comme les autres ou une éducation alternative ?

L'éducation à la santé, notamment à l'école, porte dans l'imaginaire de son énoncé l'intérêt individuel et collectif, des dimensions de santé publique, la bonne santé de la population d'aujourd'hui et de demain, mais aussi la dimension de l'intime, de la sexualité, de la relation individuelle, de la discrétion et du secret confié au médecin ou à l'infirmière. Elle me semble aussi porteuse de bien des ambiguïtés et des flous, alors que tout le monde affirme qu'elle est nécessaire, qu'il faut la développer et mieux la faire. Comme si mieux la faire, vaincre les résistances institutionnelles et techniques, pouvait à soi seul préciser son sens et sa mission. D'où les interrogations, plus que des recommandations techniques, que je me permets de suggérer ici.

Problématiser la question de l'éducation pour la santé à l'école, les contraintes sociales, culturelles, voire d'espace et de temps, qui limitent sa mise en œuvre et son impact, renvoie à une demande technique, de l'ordre du « comment mieux faire ? », du « faire quoi ? », « pour aboutir à quoi ? ». L'objectif est-il seulement de faire mieux ce que l'on fait déjà, ou bien s'agit-il d'une interrogation plus fondamentale sur ce qu'est la santé et le rôle que peut jouer l'école dans sa promotion pour que la société aille bien ?

Doit-elle s'intéresser au court terme, c'est-à-dire aux jeunes d'aujourd'hui pour qu'ils aillent mieux, en tant que jeunes, et aux adultes dont ils dépendent pour leurs modes de vie, leurs apprentissages et l'image qu'ils se font du monde ; ou bien, veut-elle agir pour les adultes de demain ? L'école travaillerait alors à ce que les futurs adultes soient capables de produire et de reproduire, de ne pas se tuer et de ne pas tuer les autres, et d'être assez bien dans leur vie pour faire eux-mêmes des enfants encore capables à la génération d'après de ne pas se tuer, de croire à quelque chose, ayant envie encore de travailler, d'inventer, de chercher et de reproduire encore...

On sent bien que ces interrogations – que l'on pourrait peut-être intégrer dans une « éducation à la santé » qui serait une éducation à la vie, et à la vie en société avec envie d'y vivre, sans se réfugier dans la maladie ou la déviance – pourraient relever aussi d'une réflexion sur l'éducation en général. Les cours d'éducation civique, voire religieuse, pourraient aussi poser ces questions ; les slogans pour une société qui marche, une société qui gagne, ou un parti politique qui soulèverait les enthousiasmes pour des lendemains qui chantent, sont dans la même veine.

Des objectifs à préciser

Une denture abîmée, cariée, maltraitée par la négligence et le manque de soins, serait-elle un signe de mauvaise éducation, de mauvaise éducation à la santé ? Il est vrai que l'on a plus souvent tendance à invoquer la peur du dentiste ou la pauvreté et la précarité qu'une mauvaise éducation. Alors que ce serait le cas pour celui qui mange bruyamment la bouche ouverte, qui se met en avant par le geste ou la parole sans respecter l'espace des autres ou qui ne saurait ni lire, ni écrire, ni compter.

Est-il vraiment évident pour tout le monde que l'éducation à la santé ne concerne pas seulement la vie et les comportements de l'élève à l'école durant les cent cinquante jours par an où il est supposé y venir, mais qu'elle se soucie de la vie de l'enfant ou du jeune dans les trois cent soixante-cinq jours de son année réelle, dans son milieu de vie et sa culture à lui et pas seulement dans le modèle scolaire.

S'agit-il de lui inculquer le rituel laïque du lavage des dents soir et matin, remplaçant l'antique prière où le souci du corps symboliserait le souci de l'âme ? S'agit-il de lui apprendre à mettre, au bon moment, la bonne capote, avec discernement ? S'agit-il de lui apprendre à redouter la date de péremption des produits alimentaires comme un péché mortel ? Evidemment qu'il est nécessaire de renforcer ces messages



que la culture ambiante lui diffuse déjà plus ou moins, mais comme ambition de l'école, cela n'est pas une position d'exigence morale ni de solidarité sociale suffisante.

Quelle semble être l'évolution des objectifs de l'éducation pour la santé à l'école ?

Selon qu'il s'agit de l'école, des collèges, des lycées ou même de l'université, le paysage n'est pas le même. L'école semble être plus proche de la vie des petits élèves ; leur enseignant a une mission éducative plus globale. Cependant, dans ce qui a été souvent proposé, on trouve plus des projets d'actions que des buts à atteindre, toujours difficiles à concevoir au plan méthodologique et à exprimer. Les problèmes, besoins, facteurs de risques, etc. sont innombrables, individuels, collectifs, visibles ou sous-jacents, somatiques, relationnels, de recherche d'identité et d'identification, d'aspiration à la vie, à la mort, etc.

Depuis plusieurs années, des textes réglementaires successifs tentent, de plus en plus, à préciser les modalités d'intégration de l'éducation à la santé et à la vie dans les projets d'établissements. Cependant, il me semble qu'il y a un décalage entre leurs contenus souvent novateurs, le niveau où ils sont conçus et la culture institutionnelle ambiante. Nous sommes encore loin d'avoir unifié l'analyse des problèmes et les méthodologies des réponses entre les personnels formés aux soins et à la santé, travaillant

en milieu scolaire, et les enseignants des établissements et les divers responsables des strates de la hiérarchie académique, et leurs partenaires extérieurs à l'école. Non seulement les valeurs explicites, selon qu'elles renvoient à un modèle de santé globale et communautaire ou à celui d'un idéal éducatif public, de droit commun et de traitement égal pour tous, ne sont pas les mêmes, mais les références théoriques éducatives elles-mêmes sont souvent incertaines, différentes, pas toujours compatibles. Il y a donc des multiplicités de points de vue et d'actions discontinues proposées et portées par la motivation, c'est-à-dire par la subjectivité militante des acteurs locaux les plus engagés dans une cause de santé et suffisamment nombreux pour la faire.

Pour apporter une réponse globale aux besoins de santé, physiques, mentaux et sociaux, il convient de faire examiner s'ils sont déjà satisfaits par l'ensemble des dispositifs existants. Peut-être verrons-nous qu'il n'y a pas à créer de services supplémentaires, ni même à faire perdurer tous ceux que notre longue histoire médico-sociale a déjà créés dans de nombreuses institutions dont l'école. Peut-être vaudrait-il mieux pratiquer une politique de complémentarité avec les systèmes extérieurs à l'école, à un moment donné, dans un contexte local donné ; ou peut-être tenter de jouer un rôle d'initiateur, de chef de projet interpartenarial, si les systèmes extérieurs, par leur complexité et leur rivalité, sont dans l'incapacité de se coordonner et de se valoriser les uns les autres au bénéfice final des jeunes.

Le somatique va mieux qu'il n'a jamais été, mais la santé psychique...

Les jeunes, dans leur corps, vont mieux qu'ils n'ont jamais été, qu'on le regarde statistiquement, dans notre pays, en terme de diminution – incroyable – de la mortalité infantile, de la mortalité par les maladies infectieuses pendant l'enfance et l'adolescence, qu'on le regarde par l'élévation de la taille et l'amélioration des performances physiques des individus dans toutes les couches sociales. Mais il semble que dans les têtes, ce soit bien difficile et qu'en ce domaine, les inégalités sociales peuvent peser lourd. Pour éduquer à la santé, on doit bien affronter aussi dans la réalité les problèmes qui concernent le psychique, le relationnel, le travail sur soi, l'image de soi, la capacité de résistance à l'effort ou à l'attention prolongés à la frustration et à l'échec, la tolérance et la responsabilité de chacun. Tolérance et responsabilisation, même pour les catégories « victimisées » par les difficultés de vie et le statut de « personnes à prendre en charge » que leur proposent nos bonnes volontés.

Or, les thèmes et actions « d'éducation à la santé » restent largement orientés vers des thèmes d'hygiène somatique comme nutrition, risques HIV et préservation sexuelle, facteurs de risques physiques et de dépendance au tabac, à l'alcool, aux drogues illicites. Le somatique ne doit pas être rejeté, il est une bonne porte d'entrée pour mettre en contact, voire en confiance, pour faire éclore un espace de parole et parfois de réflexion sur les conduites à risque et leur complexité à l'adolescence. Mais s'il est vrai que l'éducation pour la santé doit assumer pour partie la maturation de la vie psychique et relationnelle, ce sur quoi il me semble qu'il faudrait diligenter appels d'offres et recherche, l'élargissement de la consultation somatique à une possibilité chaleureuse et nécessaire d'espaces de paroles, cela n'est pas suffisant pour atteindre cet objectif particulièrement difficile et pour en apprécier tout à la fois les bénéfices possibles et les risques aussi d'effets pervers.

Si l'on considère, ce que je crois, que « l'éducation à la santé » participe de l'éducation la plus générale, celle qui transmet les motivations et les savoirs qui permettent d'être, de rester vivant, avec et pour les autres qui ont aussi leurs droits propres, pour y parvenir il faut forcément sortir du champ de l'infirmerie, donc de la seule compétence des professionnels de santé.

La santé et l'éducation pour y parvenir ne peuvent pas faire l'impasse sur les questions du sens de la vie, du sens des choses et des aspirations métaphysiques dont le déni dans notre société dans l'exigence de son éthique rationnelle et républicaine laisse beaucoup de jeunes et d'adultes aussi seuls, fragiles devant les discours sectaires, para-religieux ou plus simplement la tentation suicidaire. Quittant le champ du savoir sanitaire, somatique et psychologique, l'éducation pour la santé interpelle alors la manière d'être individu et citoyen dans la cité, elle traite alors du civique et du politique.

Quel lien entre santé et citoyenneté ?

Dans la mesure où il y aurait des cousinages entre santé et citoyenneté, on peut se demander si, comme le fait l'école publique aujourd'hui, il convient vraiment de mettre la santé avant la citoyenneté. Il est pour moi très négativement symbolique que les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté nomment la santé avant la citoyenneté, comme si la santé restait maîtrisable jusqu'à un certain point. La santé renvoie aux sciences naturelles, mais elle peut aussi renvoyer à la culpabilité de l'individu, dans le cas où il serait considéré comme responsable de ce qu'il ne fait pas bien, comme dans le modèle scolaire dominant. La citoyenneté

paraît nommée parce qu'il le faut, mais renvoie à bien d'autres choses. La santé nommée en premier apparaît comme un succédané, comme un objectif de citoyenneté par défaut.

À qui confier la charge de l'éducation pour la santé dans l'école ?

Au médecin, à l'infirmière, à l'assistante sociale, au professeur de philosophie ? Dans les années soixante-dix, au Danemark, j'avais constaté que c'était le plus souvent un enseignant de lettres qui était chargé de l'éducation sexuelle, y compris la présentation de stérilets et des modes de contraception orale. Quelle place donner à aux associations des parents d'élèves, mais aussi aux nouveaux dispositifs publics comme des conférences régionales ou locales de santé ?

L'éducation à la santé doit-elle devenir une matière enseignée, comme celles qui ont un programme, des enseignements théoriques et des travaux pratiques, des comités de programmes et des manuels scolaires ? Doit-elle faire l'objet de contrôles de connaissances et d'examens ? En tant que discipline, doit-elle avoir une filière spécifique de formation, comme le Capes et l'agrégation ?

Ou bien, les choses étant ce qu'elles sont, vaut-il mieux que l'éducation à la santé soit le *no man's land* de l'à-peu-près, relevant, comme dernier bastion de la résistance aux matières scolaires, de l'envie de se saisir d'un espace idéalisé, à la manière de Jean-Jacques Rousseau, où la bonne nature de l'élève le pousse ardemment à se saisir des bonnes connaissances que sa supposée ignorance désirait rencontrer et, après les avoir entendues la première fois, les appliquerait à lui-même et à ses proches, car jugées bonnes, apportant des bénéfices évidents, rendant plus heureux de vivre, meilleur vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis des autres ? Dans notre société si compliquée et ambivalente entre le bien et le mal, l'éducation pour la santé doit-elle représenter, enfin simplifiée, un idéal de la connaissance communautaire, accessible à tous les hommes, plus près de la fraternité et de la citoyenneté que ne le sont le latin, les mathématiques ou les sciences économiques dont les inégalités d'enseignement, de compréhension et d'utilisations sociales continuent à creuser les disparités et les injustices qui sont, pour ceux qui sortent de l'école, une des facettes de la mauvaise santé sociale ?

Antoine Lazarus

Professeur de santé publique et médecine sociale,
Université Paris-Nord,
Président du Comité d'éducation pour la santé
de la Seine-Saint-Denis.

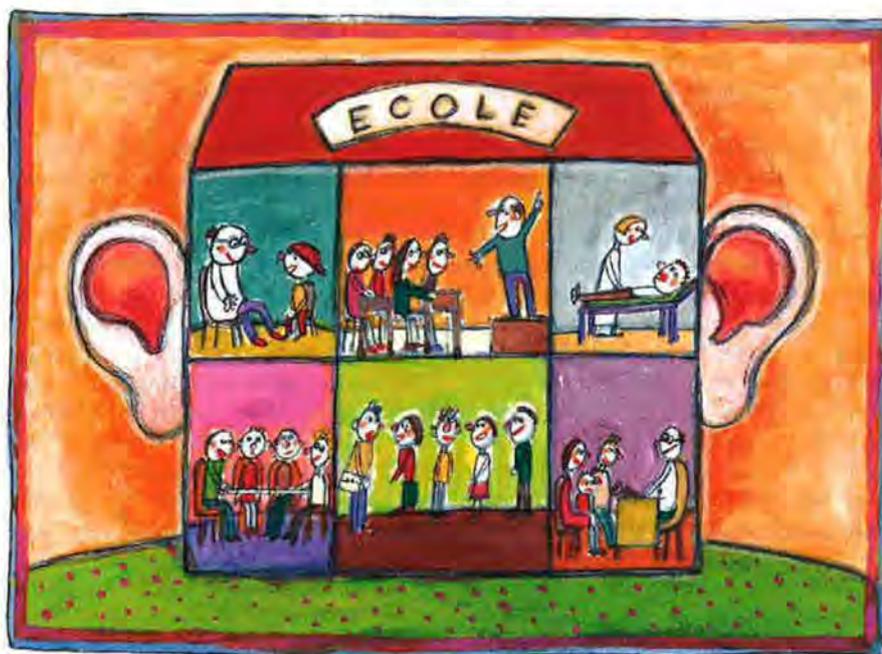
Quelle articulation entre éducation à la santé et enseignements ?

Les élèves ont envie d'écouter ; ils attendent des réponses à des questions relatives à l'image du corps, au respect dû à la personne humaine, à la sexualité, aux comportements à risques... Porter une attention particulière à leurs préoccupations à la faveur de la vie scolaire, mais aussi dans les activités de classe, a une influence décisive sur le climat qui règne dans l'établissement et sur la réussite scolaire.

Une culture générale ouverte aux préoccupations humaines et sociales s'avère plus que jamais nécessaire. Comment l'école, lieu d'échanges, peut-elle offrir aux élèves, de manière adaptée à leur âge, à chaque moment de leur vie quotidienne et à toutes les étapes de leur scolarité, des occasions multiples d'apprendre à exposer sans violence ce qui peut les diviser ?

La volonté politique d'intégrer l'action sanitaire et sociale en faveur des élèves dans l'action éducative s'exprime dans un cadre institutionnel réactualisé (1-4). La prévention primaire par l'éducation à la santé à l'école, complémentaire du rôle de premier plan de la famille, est un moyen d'atteindre tous les enfants quels que soient leur milieu et leur instruction.

Une réponse est recherchée dans le renforcement de la dimension éducative des enseignements. Cela implique un effort soutenu de décloisonnement, entre les activités disciplinaires d'une part, entre celles-ci et la vie scolaire d'autre part. L'éducation à la santé ne peut être efficace que si les enseignants sont convaincus de son bien-fondé et de la nécessité d'y contribuer en travaillant en équipe pluricatégorielle, notamment avec les infirmières, les médecins, les assistantes sociales. Dans ce projet, « la relation pédagogique demeure essentielle car c'est d'elle que



procèdent les réponses aux questions que se posent les élèves sur le monde et c'est elle qui finalement conditionne le succès de la formation» (Rapport D. Bancel sur l'organisation et les conditions matérielles du travail des enseignants, mai 1999).

Le dépassement d'une logique informative dans la classe et d'une logique d'actions en dehors de la classe

Même si le passage de la connaissance aux comportements n'est pas automatique, les informations apportées par les enseignements sont des supports de l'éducation à la santé. Celle-ci s'appuie forcément, en partie, sur des savoirs (5). Le débat en classe, le dialogue argumentatif conduisant à la coproduction des connaissances préparent, en effet, à la vie collective et à l'exercice du jugement. Cet apport méthodologique des activités disciplinaires doit demeurer présent à l'esprit. C'est dans les enseignements que les

élèves trouvent l'encouragement à aller plus loin et à mettre en œuvre leur esprit critique.

Par ailleurs, des équipes d'établissement ont organisé des actions ponctuelles associant des partenaires extérieurs dans plus de 70 % des cas. Ces actions parfois peu cohérentes, diverses quant aux thèmes traités et aux modalités retenues, souvent à « contretemps » par rapport aux enseignements et presque toujours récusées, sont caractérisées par une « décharge » des personnels de l'Éducation nationale sur des organismes extérieurs. En outre, ces actions ont pu prendre la forme de discours sur la santé (ou sur la maladie), ou encore celle d'énoncés dogmatiques, descriptifs et normatifs. Or, l'éducation à la santé ne peut se limiter à un enseignement qui n'intègre pas complètement les aspects psychologiques, comportementaux et relationnels de la formation des élèves.

Une logique de transversalité mise au service des activités éducatives

Un instrument de la mise en cohérence des enseignements est le projet d'établissement. Il intègre le projet santé qui fédère les activités liées aux contenus d'enseignement et celles qui constituent leurs prolongements, par exemple au sein des rencontres éducatives sur la santé. Il s'agit de substituer à une logique d'actions ponctuelles, une logique de programme caractérisée par des entrées disciplinaires et la convergence des compétences professionnelles de plusieurs catégories d'acteurs.

Il appartient à tous, enseignants et autres membres de l'équipe éducative, sous l'autorité du chef d'établissement, de s'engager dans une démarche de projet avec le concours éventuel de partenaires extérieurs et de parents. La politique de santé devrait être définie et mise en œuvre au sein de chaque établissement à partir des attentes et des besoins des élèves, des priorités rapportées au contexte social et économique local. C'est la condition essentielle du développement des échanges entre enseignants, entre élèves, entre adultes et élèves. Le projet relie les activités disciplinaires et la vie scolaire. Insrites dans la durée, les actions qui le constituent sont conçues en même temps que les critères d'évaluation. Les personnels de santé y prennent une part importante, tout en contribuant fortement à l'éducation à la santé à l'occasion des nombreux entretiens individuels qu'ils mènent avec les élèves.

Le développement d'une dynamique de l'éducation à la santé à travers les enseignements et l'ensemble des activités de la vie scolaire, notamment lors des rencontres éducatives sur la santé, généralisées à tous les collèges, garantit la prise en compte des dimensions biologiques, psychologiques et socio-culturelles de l'éducation à la santé. La plupart des disciplines d'enseignement peuvent se sentir concernées. L'éducation civique fait le lien entre elles et permet une synthèse, une formalisation.

L'appropriation de la démarche de projet par l'équipe éducative

L'approche concertée des actions procède d'une démarche de projet relative, par exemple, à la prévention des conduites à risques ou des comporte-

ments d'incivilité, et au développement des compétences des élèves à analyser les déterminants de leurs comportements.

Un cadre clair de collaboration est à définir à travers les enseignements et, de façon complémentaire, au sein de l'établissement. Une explicitation des compétences personnelles et relationnelles est nécessaire. Ces compétences sont relatives, par exemple, à l'image et au respect de soi, à l'autonomie et l'initiative personnelle, à la relation aux autres et à la solidarité, à l'esprit critique, à l'exercice de la responsabilité (2).

Les entrées disciplinaires concernent plus particulièrement, au collège, la connaissance et la maîtrise du corps (sciences de la vie et de la terre [SVT], éducation physique et sportive, technologie), la sexualité et la reproduction (SVT, éducation civique), l'environnement et la santé (SVT, éducation civique, physique-chimie, technologie), la vie sociale et la santé (éducation civique, arts plastiques, lettres). L'enseignement de la biologie occupe une place centrale dans le domaine. Il s'agit de connaissances ouvertes aux applications et aux implications individuelles et sociales. Tous les citoyens devraient avoir des outils intellectuels leur permettant d'appréhender et de discuter les informations des médias à fort impact psychologique et socioéconomique.

Les programmes des disciplines couvrent un large éventail de domaines qui peuvent être repris avec des niveaux d'approfondissement différents. Mais même si des liens entre des enseignements sont identifiés, la contribution des disciplines à l'éducation à la santé reste à développer. Des aspects non étudiés en classe sont l'occasion d'engendrer un dialogue qui fait appel à des compétences nouvelles apportées par un ou plusieurs spécialistes.

L'appropriation de la démarche par les élèves, dans le cadre d'une formation fondée sur les méthodes actives, suppose la mise à plat des représentations initiales et la recherche des conditions de leur expression, ainsi que, plus généralement, la valorisation des travaux des élèves : enquêtes, recherches et exploitations documentaires, productions de textes, productions audiovisuelles, exposés, posters, tables

rondes... La prise en charge d'un problème à résoudre, par un petit groupe d'élèves, peut représenter un moyen d'acquérir une attitude positive et des compétences à agir en individu responsable tant à l'égard de soi-même qu'à l'égard de son environnement.

Une prise en charge collective et des complémentarités professionnelles

Les difficultés de la pluridisciplinarité ont été maintes fois dénoncées. L'adhésion des personnels à un projet éducatif global est pourtant essentielle. Elle conditionne la cohérence des enseignements avec celui-ci, et la complémentarité des interventions qui fait de l'établissement un lieu relationnel liant les apprentissages de l'autonomie, de la tolérance et du jugement. Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) créés en juillet 1998 ont un rôle essentiel à jouer dans la préparation de ce projet, notamment dans l'identification des priorités locales.

L'intégration du projet d'éducation à la santé au projet d'établissement garantit une implication collective, ainsi que l'élaboration conjointe de critères destinés à en évaluer les effets. La démarche peut inclure les offres d'intervenants extra-scolaires ou de partenaires utiles au projet, en évitant toute concurrence. Ce travail transversal et cohérent de l'ensemble des activités d'enseignement de la vie scolaire et des actions menées en partenariat est susceptible de renforcer l'efficacité du rôle éducatif de l'école.

Importance du renouvellement de la formation professionnelle

Dans la formation initiale des enseignants et des autres personnels (de direction, d'éducation, de santé et sociaux), la sensibilisation à l'articulation souhaitée entre les activités disciplinaires et l'éducation à la santé est tout à fait essentielle. Une validation de cet aspect des formations devrait être prise en compte dans les concours de recrutement. Ce souci de culture commune entre les différents personnels est une condition de réussite du travail en équipe entre pairs d'une part, avec d'autres catégories professionnelles, d'autre part.

La formation de base de tous les enseignants devrait comporter à la fois une ouverture aux complémentarités



des enseignements dans le domaine de la santé, et de la citoyenneté et une préparation à conduire des actions spécifiques d'éducation, en respectant la conscience, la sensibilité et le droit à l'intimité de chacun.

Une formation pluricatégorielle de personnes ressources, basée sur la confrontation des cultures de l'éducation et de la santé est actuellement entreprise. Un « code de déontologie », en préparation, comporte des exigences telles que : ne pas parler de soi, savoir trouver des relais, inverser l'écoute et « apprendre à en parler... ». Un réseau de formateurs académiques compétents pour assurer et coordonner la formation des équipes d'établissement qui prendront en charge les

rencontres éducatives sur la santé est développé à partir des trois participants (un chef d'établissement, un médecin ou infirmier(e), un enseignant) désignés par chaque recteur lors des stages de Lyon d'octobre ou décembre 1999.

Le développement des échanges internes à l'établissement autour de l'éducation à la santé représente une chance pour la pédagogie, en contribuant à la prévalence de la relation éducative et au renforcement d'un climat de confiance et de compréhension réciproques.

Régis Demounein

Inspecteur général de l'Éducation nationale
 sciences de la vie et de la terre.

► Références

- (1) *Éducation à la sexualité et prévention du sida*. Circulaire ministérielle n° 98-234 du 19 novembre 1998.
- (2) *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. Circulaire ministérielle n° 98-237 du 24 novembre 1998.
- (3) *Repères pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires*. Circulaire ministérielle n° 99-175 du 2 novembre 1999. BO Hors-Série n° 9 du 4 novembre 1999.
- (4) *La prévention des conduites à risques et le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*. Circulaire n° 98 - 108 du 1^{er} juillet 1998.
- (5) *L'éducation des élèves à la responsabilité en matière de santé*. Rapport de l'Igter, 1991, La Documentation française.

Du bon usage des disciplines en éducation pour la santé

La question du lien entre éducation pour la santé et activités disciplinaires se pose avec une acuité particulière au niveau du collège, où les adolescents ont affaire à une multiplicité d'interlocuteurs aux spécialités clairement identifiées. La circulaire du ministère de l'Éducation nationale qui définit les conditions de mise en œuvre des rencontres éducatives sur la santé au collège (1) affecte une discipline à chaque objectif formulé en terme de compétences à acquérir. Les disciplines expressément présentées comme susceptibles de contribuer à l'acquisition de l'une ou l'autre de ces compétences sont peu nombreuses : l'éducation physique et sportive, les sciences de la vie et de la terre, l'éducation civique, la technologie et la physique-chimie. Les séquences d'éducation à la sexualité sont mentionnées à deux niveaux : les « *composantes biologiques et affectives de la sexualité humaine* », et les « *pratiques individuelles et collectives de protection contre les MST et le sida* ». Les lettres et les arts plastiques n'apparaissent

qu'une seule fois, en lien avec l'instauration d'une discussion critique autour des messages des médias en matière de santé.

Cet appariement des disciplines avec les compétences répond vraisemblablement à un objectif premier de facilitation de la mise en œuvre des rencontres éducatives sur la santé. Il correspond également à une reconnaissance des apports spécifiques de chacune des disciplines mentionnées, en ce qui concerne l'accession des adolescents à la maîtrise des capacités évoquées.

Sans nier ni la richesse de ces apports spécifiques, ni l'intérêt de cet appariement compétence-discipline sur le plan pratique, on peut cependant se demander si chaque enseignant, quelle que soit sa discipline, ne devrait pas être explicitement légitimé à aborder avec sa classe un ou des thèmes relatifs à la santé, dans un objectif de sensibilisation et/ou de prévention.

Cette idée n'est d'ailleurs pas totalement absente de la circulaire qui reconnaît que « *les enseignements dont les programmes n'ont pas directement traité à la santé peuvent mettre en œuvre des activités, exploiter des situations, des textes ou des supports utiles pour l'éducation à la santé* ». Le tableau final associant compétences et disciplines n'en reste pas moins très limitatif sur les liens envisagés. Par exemple, l'analyse des raisons « *pouvant conduire un individu ou un couple à recourir à un mode de contraception, à une technique de procréation médicalement assistée ou à une interruption volontaire de grossesse* », est associée exclusivement aux sciences de la vie et de la terre (SVT), et à l'éducation civique. Or il nous semble qu'un professeur de lettres, d'anglais, d'histoire-géographie ou de mathématiques, devrait se sentir aussi à même d'aborder ces questions dans une perspective d'éducation pour la santé, que ses confrères de SVT ou d'éducation civique, dans la mesure où :
 1. il ou elle en ressent l'envie ;



Une démarche participative dans un projet d'établissement

Au cours des dernières années, l'équipe éducative du collège Nicolas Fouquet situé à Mormant en Seine-et-Marne a été confrontée à une forte demande d'information dans le domaine de la santé de la part des élèves. Pour y faire face, un club santé avait déjà été créé par le professeur de biologie en collaboration avec le médecin scolaire et connaissait un réel succès.

L'isolement géographique des élèves qui habitent des communes rurales sans accès à des centres de documentation en dehors de celui de l'école explique, pour une grande part, cette attente. Ceci d'autant plus que les parents ont parfois quelque difficulté à parler de santé avec leurs enfants, et notamment à aborder le thème de la sexualité.

Une démarche de responsabilisation des jeunes

À partir de 1995 et à titre expérimental, l'équipe éducative a mis en place un module de vingt heures par classe destiné à l'ensemble des élèves de 4^e et de 3^e, et consacré à la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du sida. La professeur de sciences de la vie et de la terre (SVT) ayant suivi le stage « éducation à la sexualité » inscrit au plan national de formation, a élargi le projet pour une prise en compte des problèmes de santé et de sexualité dans une démarche de responsabilisation des jeunes. Depuis, le médecin scolaire a également suivi cette formation. L'intitulé du module a donc été modifié pour « éducation à la santé et à la responsabilité, prévention des grossesses non désirées, des violences, des MST et du sida ».

Ce module a été intégré dans le projet d'établissement et dans un cadre large d'éducation pour la santé et à la sexualité, avec un travail approfondi décliné autour de trois thèmes et à trois niveaux :

- individuel, autour de la construction de l'image de soi ;
- relationnel, autour de la connaissance de l'autre ;
- social, autour de l'ouverture aux autres cultures, à la tolérance et au respect de chacun.

La mise en place du partenariat

Une équipe d'intervenants a mis en œuvre le module, ce qui a permis une complémentarité des approches. En tant que responsable du projet, la professeur de SVT a pris en charge la plus grande partie du module et coordonné les différentes interventions : transformations pubertaires, développement psychologique et sexuel de l'enfant et de l'adolescent, stéréotypes masculins et féminins, premières relations amoureuses.

Les professeurs d'histoire et de géographie ont travaillé sur la notion d'épidémie, sur l'importance du rôle de l'éducation dans la politique de prévention du sida dans le monde et plus particulièrement en Afrique.

Le médecin de l'Éducation nationale, en collaboration avec la professeur de SVT, a rappelé les connaissances de base en physiologie et a participé à un exposé/débat sur les modes de contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), les violences, les MST et le sida. Une association extérieure à l'établissement, *L'enfant bleu*, est intervenue en partenariat et de façon ponctuelle sur les questions de violence et de maltraitance.

Concrètement, des séquences de deux à trois heures toutes les quatre à six semaines, ont regroupé les élèves, soit en classe entière, soit en groupes non mixtes. C'est ainsi que les classes de 4^e ont eu deux heures de biologie au lieu d'une heure et demie, et que des plages horaires ont été aménagées dans l'emploi du temps des classes de 3^e,



notamment en fin de journée. La projection d'un film suivie d'un débat a été organisée en dehors du temps scolaire. On a noté que les élèves sont venus au collège un mercredi alors qu'il n'y avait pas de ramassage scolaire et que leur participation a été très active, alors même que les séances représentaient un surcroît de présence obligatoire (plus d'une demi-heure par semaine).

Enfants, enseignants, parents : une évaluation positive

La présentation d'un questionnaire aux élèves a permis d'évaluer la façon dont le module avait été perçu. L'analyse des réponses fait apparaître une satisfaction générale à l'égard du contenu du module et de sa forme. Ainsi, les élèves ont particulièrement aimé les films ou les documents qui ont servi de support aux discussions (film *Philadelphia*, extraits d'émissions *La marche du siècle*, *Envoyé spécial*). Ils ont apprécié de pouvoir parler de sexualité, même si certains ont exprimé une gêne et ont montré qu'ils pouvaient être responsables de leurs choix. En outre, les séances sur les violences et sur les droits de l'enfant ont particulièrement retenu leur attention.

L'équipe éducative a pu noter une amélioration dans la communication entre élèves, une plus grande capacité d'écoute, davantage d'ouverture d'esprit et de compréhension sur des sujets délicats comme l'homosexualité ou la prostitution. Enfin, les élèves semblent plus nombreux à rechercher un dia-

logue avec l'adulte, que ce soit à l'école ou à la maison, et ils se considèrent davantage comme acteurs.

Les parents ont été informés de l'action, quelques-uns y ont participé en conduisant les enfants le mercredi, et certains ont indiqué que cela leur avait permis d'entamer un dialogue à la maison. Pour leur part, les personnels de l'établissement ont perçu, au travers de ce module, l'importance d'une prise en charge globale de l'élève.

Une évolution pour répondre aux contraintes

La satisfaction et la participation des élèves, mais aussi des contraintes de fonctionnement, ont été à l'origine d'une évolution récente du module. En effet, l'équipe éducative a souhaité poursuivre l'action en inscrivant l'édu-

cation à la santé et à la citoyenneté dès le début dans l'organisation des enseignements. Le nouveau programme de biologie introduisant en 5^e l'étude de la transmission de la vie chez l'homme, il est apparu important de commencer le programme au moins à ce niveau pour traiter les aspects liés à la puberté. Durant l'année scolaire 1998/1999, l'ensemble des classes de 5^e, 4^e et 3^e a ainsi été concerné par ce projet.

La phase d'expérimentation du module ayant pris fin en 1998, le collège n'a plus bénéficié des dotations horaires attribuées pour ce projet et l'équipe éducative a dû l'adapter en fonction de cet impératif. À la rentrée de 1999, l'action a été inscrite dans le cadre de la mise en application des circulaires de l'Éducation nationale¹ créant les rencontres éducatives sur la santé.

Ces rencontres sont désormais intégrées à l'emploi du temps annuel des élèves. Le médecin scolaire, la documentaliste, des partenaires extérieurs comme le Centre de planning familial, l'Association pour la défense des enfants maltraités et une compagnie de théâtre accompagneront le projet.

Stéphane Chateil

Chargé d'études,

Bernard Champaloux

Médecin, responsable du développement,

Antenne Cresif de Seine-et-Marne,

Comité régional d'éducation pour la santé

d'Ile-de-France (Cresif), Paris.

1. Circulaires n° 98-234 du 19 novembre 1998 concernant l'éducation à la sexualité et la prévention du sida et n° 98-237 du 24 novembre 1998 créant les rencontres éducatives sur la santé.

Entretiens avec les élèves du collège Nicolas Fouquet à Mormant

Sept élèves de 3^e, dont quatre filles et trois garçons, ayant 14 ou 15 ans ont été interviewés lors d'un entretien de groupe qui a duré environ une heure et quart, dans une salle mise à disposition au sein du collège, mais sans intervention du personnel éducatif. L'atelier a été enregistré pour permettre une retranscription fidèle des propos. Les extraits publiés ci-dessous n'ont pas fait l'objet d'une réécriture. (En fin de discours (f) et (g) signifient que les paroles ont été prononcées respectivement par une fille ou un garçon).

L'analyse des discours montre que six éléments du module ont été plus particulièrement retenus et qu'ils ont modifié les comportements et les attitudes des élèves :

- les apports théoriques de l'enseignement ;
- le développement du dialogue entre pairs ;
- ✓ la modification des rapports entre filles et garçons ;
- ✓ les relations avec les personnels éducatifs ;
- ✗ la communication avec les parents ;
- ✗ la prise de conscience des élèves.

Les apports théoriques de l'enseignement

► « Pour certains d'entre nous qui ne savaient pas certaines choses, c'est bien ; C'est un peu de la biologie approfondie, mais avec nos mots à nous, en fait, car on parle comme on a envie de parler » (f).

► « Il y avait les moyens de contraception, la puberté ça c'était en 5^e, tous les stéréotypes ça c'était en 4^e, comment aider les mamans précoces, la responsabilité sexuelle » (m).

► C'était le même programme pour les filles et les garçons, les moyens de contraception, les mamans précoces, les viols, etc. » (f).

► « On a parlé aussi de l'éducation des filles et des garçons, que c'était pas la même parce que les filles, les parents ils les couvent plus, alors que les garçons ils leur disent ne pleure pas, il y a que les filles qui pleurent, des trucs comme ça. Ça, c'était la séance sur les stéréotypes : par exemple dans les magazines, les filles avec les Barbies et les garçons avec les Action man » (m).

► « Il y avait un peu de droit aussi, si par exemple, une fille faisait l'amour avec un garçon de plus de 16 ans et qu'elle avait moins de 15 ans je crois, elle pouvait porter plainte dix ans après la majorité ou un truc comme ça, et on a fait un de ces débats là-dessus ! » (m).

► « Et on a aussi parlé du planning familial et de l'alcool aussi : si une fille avait bu, est-ce qu'elle avait le droit de porter plainte, et puis on a parlé des violences sexuelles aussi » (f).

► « Le sida, on l'a pas beaucoup abordé dans le cours, mais on a eu un spectacle au début de l'année et c'était assez marquant, c'était super, ils parlaient comme nous en fait, c'étaient des jeunes, il y avait la drogue, le sida et l'alcool : au début c'était quel-
qu'un qui allait chercher ses





analyses pour voir s'il avait le sida et il avait peur d'y aller parce qu'il avait peur de voir si c'était positif et ensuite il y eu un débat et puis ils ont pris des gens du public pour jouer, c'était une improvisation c'était sur l'alcool » (f).

« Mais quand on a vu la pièce, ça m'a plutôt fait rire en fait, ça m'a pas fait penser à la maladie, mais ça aurait été plus sérieux on aurait pas aimé, c'est pas qu'on n'aurait pas aimé c'est qu'on n'aurait pensé tout de suite à la maladie, en fait, ils essayaient de prendre la maladie par l'humour. Et après on en a parlé qu'un petit peu car il y a avait pas beaucoup de gens qui voulaient participer » (f).

« Moi, je trouve que l'on n'aurait pas dû prendre ça (le sida) par l'humour parce que en fait, ça nous fait pas voir la réalité, ça aurait été plus triste, on aurait tout de suite vu, prendre la maladie par l'humour, je trouve que c'est pas très bon » (f).

« On ne se rend pas compte qu'il est là en fait (le sida) pour l'instant, mais on a connu des gens qui l'ont eu. Moi, j'ai mon frère, il a été dans un centre et il y avait plein d'atteints du sida, et c'est vrai que c'est choquant parce qu'ils sont jeunes, mais c'est pas forcément par des rapports sexuels qu'ils l'ont eu, je crois qu'ils avaient entre 14 et 20 ans, ça faisait jeune pour avoir le sida, ça faisait bizarre » (f).

Le développement du dialogue entre pairs

« C'est bien parce que l'on parle plus librement maintenant entre copains » (f).

« Dans la cour on en parlait déjà, mais avec nos mots à nous, par exemple avec des gros mots » (m).

« Oui, c'est une chance en fait de pouvoir en parler parce qu'après on se dit où tu en es (dans le programme du module) et on en parle ensemble et plus facilement aux autres, à d'autres copains » (f).

« En cours, il y a des mots qu'on va pas dire, mais on est en groupe et puis on parle, et ce qui est bien c'est qu'après quand on est en récréation on en parle longtemps, même avec des gars des fois on en parle, on leur dit vous avez fait quoi aujourd'hui et puis on en parle quoi » (f).

« Moi, je traîne qu'avec des filles et avec les garçons on ne parle pas de ça et c'est bizarre de parler avec eux de ça, quoi, et surtout dans la classe ; on pensait pas qu'ils parleraient ouvertement de ça et en fait ils en parlent et ça fait bizarre » (f).

« Moi, j'en parlais déjà avec des garçons avant mais là c'est plus facile, il y a moins de gêne en fait qu'avant » (f).

« Et puis, on a un sujet pour l'aborder maintenant, on dit par exemple : "qu'est-ce tu as fais dans le module", on a un prétexte » (f).

« Mais il faut voir aussi la maturité des garçons, c'est vrai on a pas la même mentalité du tout, des fois vous avez (vous les garçons) un comportement pas très mature quoi » (f).

« Dans mon village, déjà, il y a aucune fille avec qui je traîne, parce que il y en a aucune de mon âge, et tous les autres garçons, ils sont pas assez...mûrs, je vais dire, ils sont trop gamins » (f).

« On en parlait déjà avant entre nous, mais peut-être un peu plus après aussi » (m).

« J'ai une copine à Rubelles, c'est un collège privé, on parle souvent et, dans son collège, vu que c'est privé, ils ne parlent jamais de ça, ils ont rien droit de faire, donc ça la préserve d'une certaine façon, elle est différente. Elle n'aurait pas été de la même manière si elle avait pu parler de ça. Quand on est entre nous, on en parle. Pour elle heureusement que je suis là, des fois je lui donne des conseils donc quand elle est chez moi ça la libère. Et quand elle voit que dans notre collège on en parle un peu, elle se dit bah ! dis donc » (f).

La modification des rapports entre filles et garçons

Est-ce que vous auriez aimé avoir des séances communes ?

« À la fin de l'année oui, mais au tout début non, parce que l'on ne savait pas tellement mais maintenant qu'on arrive à en parler plus facilement, ce serait pas mal filles et garçons ensemble » (f).

« On aurait aimé être avec des filles mais pas pour tous les sujets, pour des sujets plus soft,

peut-être pas pour la sexualité, mais pour les moyens de contraception » (m).

« Parce qu'au début, en fait, c'était un sujet tabou et puis maintenant on pourrait plus en parler entre nous ça ne nous gênerait pas, enfin moi ça ne me gênerait pas ; je l'ai ressenti comme ça, pas beaucoup de gens en parlaient, mais maintenant je m'en moque, j'en parle avec tout le monde, déjà nous on se connaît plus et on en a déjà parlé et c'est vrai que ça a ouvert des portes. C'est parce que avant quand nous on parlait de ça, ça choquait un peu les garçons, quand eux ils en parlent déjà ils en parlent vachement vulgairement et ça doit pas nous choquer » (f).

« Quand on en parle facilement, tout de suite, ils (les garçons) croient qu'on est des filles faciles et ça je supporte pas » (f).

« Pour certaines filles ça doit être beaucoup plus difficile de parler de ça parce que vu comment les garçons le comprennent, elles seront bloquées en fait, parce que déjà c'est des filles qui parlent déjà pas très bien lorsqu'on est entre filles, alors avec des garçons ! » (f).



« Moi, je me rappelle une fois c'était en 5^e, la prof elle pouvait pas prendre deux groupes séparés et les filles ne voulaient pas trop parler de sexualité et nous les garçons on en parlait et les filles ont dit : nous on veut pas parler avec les garçons, c'était de la puberté » (m).

Les relations avec les personnels éducatifs

« Avec les profs, on fait des espèces de débats des fois, c'est bien » (f).

« Ça fait très bizarre en fait, quand on la (la professeur de biologie) voit libre en train de parler comme ça » (f).

« Elle nous avait mis en groupe tous en rond, et puis elle était là et elle nous écoutait parler et c'est vrai c'était bien, moi je trouve ça bien déjà qu'on nous laisse la parole entre nous » (f).



► « La première heure, elle nous a imposé exactement les mêmes sujets (pour les filles et les garçons) et après elle nous a demandé ce que l'on voulait faire, et nous on a dit que l'on voulait continuer sur ce sujet-là : nous (les filles), on a choisi de continuer sur la contraception et le viol » (f). – et les garçons ? – pareil, on a choisi ça » (m).

► « Quand on est en cours, elle nous demande, par exemple, si on veut approfondir un sujet et si quelqu'un veut en parler un peu plus et bien on en parle » (f).

► « Les sujets qu'on prend, ils plaisent à peu près à tout le monde, en fait on choisit notre cours, donc c'est bien » (m).

► « On est un peu timide, mais après ça va ; en plus, c'est plus facile pour les filles car c'est des filles qui parlent à une femme, alors que nous on est des garçons et parler à une femme c'est pas évident » (m).

► « En fait l'idéal, ça aurait été une femme pour les filles et un homme pour les garçons » (f).

► « À mon avis, les garçons ont moins de mal à parler à une femme que les filles à un homme » (m).

► « Le médecin scolaire vient de temps en temps lors des séances ; et une fois, il y avait quelqu'un de l'extérieur qui était venu et avec la médecin, on avait parlé des règles » (f).

La communication avec les parents

► « Moi, c'est facile d'en parler, mais j'ai une copine à moi elle ne peut pas du tout en parler chez elle » (f).

► « Et il y a des filles qui n'en parlent pas avec leurs parents et ça leur permet d'en parler en classe » (f).

► « Moi, je pense que les parents, ils ont un rôle très important, parce que s'il arrive quelque chose à la fille, elle tombe enceinte quoi, elle aura peur d'en parler à ses parents donc elle va garder ça pour elle, bon elle va en parler à ses copines en général, tandis que là elle saura quoi faire » (f).

► « Si les parents étaient avec la fille, je pense que la fille aurait plus de facilité à en parler, et à aller jusqu'à entreprendre un avortement, parce que quand on ne peut pas parler avec nos parents, on attend, on a peur de dire et après c'est trop tard » (f).

► « Moi, personnellement, je peux en parler avec mon père et ma mère, ils sont à mon écoute, s'il m'arrive un truc, ils m'engueuleront pas, ils feront le nécessaire. Mais par exemple, j'ai une copine elle a un bébé parce que ses parents ils parlaient pas librement avec, donc elle a attendu, et puis le jour est venu et c'était trop tard. Elle a 16 ans et son bébé il a 2 ans, donc elle l'a eu jeune... » (f).

► « Moi, j'en parle avec ma mère, mais avec mon père pas du tout » (f).

► « Moi, c'est ma mère, elle veut me responsabiliser là-dessus, alors maintenant c'est bon » (m).

► « Moi, j'en parle plus facilement avec mes grands-parents qu'avec mes parents, ou avec mes oncles ou même avec la mère d'un copain ; c'est plus facile, peut-être qu'on est gêné devant ses parents, on peut en parler comme ça avec mes parents en rigolant, mais après pour parler sérieusement, j'arriverai pas » (m).

► « Moi, j'en parle jamais avec mes parents, déjà je les vois presque jamais et c'est pas un sujet qui me vient à la tête tout de suite, j'en parle même pas avec mon frère ni ma sœur (si peut-être plus avec elle qu'avec mon frère car déjà elle est plus grande et c'est plus facile avec elle, j'en parle avec des amis à mes parents » (f).

► « D'un côté, c'est bien, mais d'un côté aussi, des fois, c'est énervant, on peut rien faire sans qu'ils soient là (les parents) ; moi, j'ai mon père il me dit tu restes là, mais des fois les frères ils sont encore plus chiants » (f).

► « Moi, je vis avec mon père et ma belle-mère, mon père il sait que j'aime bien aller traîner avec des garçons mais pas forcément pour..., je préfère aller traîner avec des garçons qu'avec des filles en fait, ça c'est moi, et mon père il sait pas



forcément que je sors avec quelqu'un, mais quand je sors, il me demande tu es avec qui ? Je lui dis le nom de mes copains et il n'y a pas de problèmes ; mais si un jour, il me voit avec un seul copain, là il me dira non par exemple, parce qu'il va se dire tout de suite un seul copain vous allez faire quoi vous deux, là c'est clair ça passera pas, mais s'il y en a plusieurs, là c'est bon » (f).

La prise de conscience des élèves

► « L'année dernière, on avait imaginé la fille idéale et pour les filles, c'était le garçon et on s'est rendu compte qu'on n'avait pas les mêmes goûts en fait » (f).

► « C'est par rapport à ce que l'on pensait, nous on pense plutôt grande, blonde, avec des gros seins, bien faite et tout, et en fait c'était tout le contraire... » (f).



► « Pour nous, c'était grand, brun, musclé et on s'est rendu compte qu'on avait des goûts différents, mais c'est un rêve en fait, il y a pas que le physique on regarde aussi l'intérieur » (f).

► « Chacun avait une fille différente en tête, donc on va pas être une cinquantaine sur la même fille, donc ça rassure, c'est bien » (m).

► « Quand la fille (enceinte) met au courant le garçon, il doit être prêt à l'aider je pense, parce que sinon la laisser tomber ça se fait pas quoi » (m).

► « Pour les garçons, la responsabilité ça commence avant l'acte sexuel, parce qu'il y a souvent des filles qui ne prennent pas la pilule et qui n'osent pas demander de mettre un préservatif, mais après c'est trop tard » (f).

► « Moi franchement, j'ai hâte d'aller au lycée parce que vu la mentalité des garçons ici et puis il y a des 6^e ici et je crois que l'on est préparé maintenant » (f).

Propos recueillis par Stéphane Chateil et Bernard Champaloux



Un dispositif novateur

Les récentes orientations pour l'éducation à la santé à l'École proposent un cadre de développement de cette éducation tout au long de la scolarité des élèves, depuis la maternelle jusqu'à la fin du collège.

Inscrites dans un projet global, les rencontres éducatives sur la santé qui intègrent les séquences d'éducation à la sexualité, apparaissent comme un nouveau moyen de renforcer les acquis des enseignements. Elles concernent les enseignants et les différents membres de la communauté éducative, notamment les personnels de santé et sociaux. L'instrument de cette politique est le projet d'établissement, conforté par la mise en place des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Les actions sont conçues dans le cadre d'un processus éducatif global intégrant les enseignements, quelles que soient les disciplines, et toutes les circonstances de la vie scolaire (accueil, organisation du cadre de travail, utilisation des locaux, restauration). Leur point d'ancrage réside dans la prise en compte des préoccupations des élèves et dans leur responsabilisation : participation active, appropriation de règles de vie partagées – respect mutuel, démarche valorisante à l'égard des élèves. Dans une logique de complémentarité, ce dispositif novateur tend à développer des liens entre les savoirs disciplinaires et la vie quotidienne de l'élève.

Les rencontres éducatives sur la santé

Les rencontres éducatives : une formation complémentaire qui renforce les acquis des enseignements

Dans le cadre du plan de relance de la santé scolaire du 11 mars 1998, la circulaire n° 98.234 du 19 novembre 1998 définissant les orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège, instaure dans les collèges des rencontres éducatives sur la santé, auxquelles s'intègrent, pour les classes de 4^e et de 3^e, les séquences obligatoires d'éducation à la sexualité prévues par la circulaire n° 98.237 du 24 novembre 1998.

Cette formation est intégrée dans le temps scolaire pour un horaire moyen de trente à quarante heures au total pour les quatre années de collège. Elle s'inscrit donc dans la durée et développe des liens entre les notions scientifiques apportées par les enseignements et la vie de tous les jours. Inscrites dans un projet global d'éducation à la santé, les rencontres éducatives doivent viser à :

- renforcer en les mobilisant les acquis des enseignements ;
- aider les jeunes à s'approprier les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables pour eux-mêmes, vis-à-vis d'autrui et de l'environnement.

Une approche éducative souple et adaptée aux besoins des élèves

Il s'agit avant tout d'une démarche d'analyse et de réflexion, fondée sur des méthodes actives, à propos de sujets ou de situations en

rapport avec la santé et adaptée aux besoins et intérêts des élèves.

Développer des compétences personnelles et relationnelles

Ces rencontres éducatives sur la santé, définies par des contenus, des objectifs, des méthodes, doivent tout particulièrement contribuer à :

- favoriser un dialogue entre élèves mais aussi entre adultes et élèves ;
- développer des attitudes, telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, apporter une réflexion sur les normes et valeurs, le rapport à la loi et à la règle...

Un projet éducatif qui nécessite un cadre de collaboration entre tous les adultes de la communauté éducative

Elles concernent l'ensemble des personnels de la communauté éducative, et notamment les enseignants de sciences et vie de la terre, les personnels de santé et sociaux.

Leur mise en œuvre repose sur les modalités suivantes :

- cet horaire inscrit dans l'emploi du temps des élèves est réparti selon le choix de l'établissement, avec par exemple une priorité à la 6^e et au niveau des 4^e et 3^e ;
- ces rencontres éducatives nécessitent une fréquence régulière tout au long de la scola-

rité au collège pour permettre aux jeunes d'intégrer au mieux les attitudes de responsabilité et de prévention au cours de leur développement ;

- l'heure de vie de classe, d'une part, et les parcours diversifiés, d'autre part, peuvent servir de cadre propice à cette démarche ;
- les groupes d'élèves sont constitués sous la responsabilité du ou des professeurs principaux ;
- l'encadrement peut être assuré, selon les besoins, par les personnels de la communauté éducative formés à cet effet : enseignants, CPE, médecins, conseillers d'orientation, psychologues, infirmiers, assistants de service social... ;
- les partenaires extérieurs agréés peuvent être sollicités et intervenir sous la responsabilité des personnels de l'établissement.

La cohérence éducative : une nécessité

Les rencontres éducatives sur la santé sont prévues dans le projet d'établissement et s'articulent avec les actions des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc).

- Cette liaison peut se décliner en trois axes :
- contribuer à établir un diagnostic de l'établissement ;
 - assurer la coordination et le suivi des interventions des différents partenaires ;
 - établir un bilan annuel de l'éducation à la santé.

Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) est un dispositif qui constitue, au niveau de l'établissement scolaire, un cadre privilégié de définition et de mise en œuvre de l'éducation préventive en matière de conduites à risques, de dépendances, dans et hors l'école.

Dispositif centré sur l'établissement scolaire, présidé par le chef d'établissement, le Cesc organise les actions de prévention à l'intérieur de l'établissement en lien avec l'environnement immédiat, en associant aux membres de la communauté éducative, les élèves, les parents et les partenaires extérieurs dans une logique de réseau et de renforcement des liens. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) constitue le premier partenaire du dispositif.

Parmi les missions assignées aux Cesc, la prévention des dépendances, des conduites à risques et de la violence est privilégiée. Sont également recherchés **le renforcement des liens entre les parents et l'établissement**, ainsi que la volonté d'encourager les élèves à devenir acteurs de leur prévention par une participation plus active.

Au service des objectifs poursuivis, **la mise en situation de responsabilité de l'élève** est significative de l'éducation à la citoyenneté (à noter, par exemple, des activités participatives comme des expositions-actions, la tenue d'un journal d'établissement, la participation au développement de mesures alternatives au conseil de discipline).

Souvent, les actions menées à partir d'informations (conférences-débats, expositions, interventions extérieures) demeurent majoritaires, même si se développe un mouvement de fond vers la production de supports adaptés, comme la réalisation en partenariat de supports vidéos, ou l'élaboration collective de plaquettes d'informations sur le rôle des Cesc, l'élaboration de bases de données mettant à disposition documents de référence et outils méthodologiques.

Des actions de formation multicatégorielles sur sites avec une fonction d'aide et de conseil se sont multipliées. Certaines sont centrées sur l'aide (individuelle ou collective) à la mise en place de Cesc ; la majorité vise à la préparation d'outils et à l'appropriation de techniques (analyse à mener, problèmes à affronter, financement, objectifs à atteindre).

Circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998.

Une action de prévention particulière Élève, acteur de prévention

L'un des objectifs de la politique de prévention des conduites à risques est de rendre l'élève acteur de prévention. Le ministère a engagé, sur ce thème, une action expérimentale, intitulée *Élève, acteur de prévention*. Elle s'est déroulée, de 1997 à 1999, dans quinze établissements volontaires.

Robert Ballion, sociologue, directeur de recherche au CNRS, en a conduit l'évaluation.

Les conclusions montrent que la réussite de l'expérience est subordonnée à la qualité de l'en-

gagement des acteurs, qui se manifeste par :
– l'implication forte du chef d'établissement ;
– la composition large du groupe de pilotage (des référents adultes bien intégrés dans la communauté et participant activement aux actions) ;
– la perception claire, par l'élève lui-même, de la dimension d'acteur pour éviter les dérives.

L'élève bénéficiant d'une formation dans le domaine de la prévention doit pouvoir prendre l'initiative d'actions. Un dépliant de quatre pages,

Une action de prévention centrée sur un produit : l'alcool

Dans le cadre de la prévention des conduites à risques, le ministre de l'Éducation a lancé, en novembre 1999, une campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens.

Cette action s'appuie sur une campagne de sensibilisation à la télévision, la diffusion d'outils d'information et de sensibilisation à tous les lycées, une mobilisation des établissements et un appel à l'initiative qui est valorisée par la mise en ligne, sur le site internet¹ du ministère, d'un recensement analytique des actions conduites au niveau des académies.

Cette campagne sera complétée par la diffusion de brochures pour les personnels et d'affiches pour les établissements, l'organisation d'une semaine lycéenne sur l'alcool en mai 2000, voire par la rédaction d'un livre blanc, en décembre 2000, qui devrait dresser un bilan de l'opération et présenter des préconisations.

1. <http://www.education.gouv.fr>



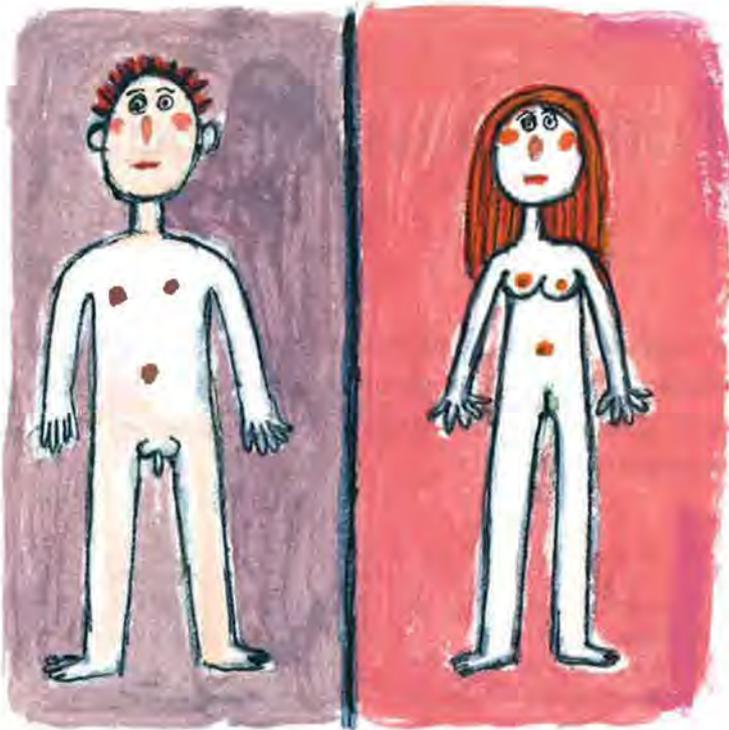
destiné à la fois aux établissements ayant participé à l'action *Élève, acteur de prévention* et aux équipes souhaitant s'engager dans cette démarche est en cours d'élaboration. Il sera diffusé au cours du second semestre 2000.

Dépliant 4 pages, disponible au second semestre 2000 auprès des rectorats, inspections d'académie, inspections de l'éducation nationale, établissements scolaires, collèges et lycées.



Éducation à la sexualité et à la vie

Un projet éducatif global



Le bilan des actions de prévention et de récentes enquêtes réalisées auprès des jeunes ont été l'occasion d'identifier des questions préoccupantes liées à l'évolution des mentalités, des comportements, ainsi que du contexte médiatique et social. Si les problèmes rencontrés se posent le plus souvent en terme de santé publique (interruptions volontaires de grossesses, grossesses non désirées, violences sexuelles, sida), on ne peut ignorer qu'ils s'énoncent aussi en terme d'enjeu social et éducatif, dès lors qu'ils renvoient aux notions d'image de soi, de rapport à l'autre et de règles de vie. À cet égard, l'Éducation nationale a un rôle spécifique et complémentaire de celui des familles dans la formation des jeunes à la vie contemporaine, qui ne peut être dissocié d'une responsabilité collective de l'ensemble de la société.

L'éducation à la sexualité doit intégrer cette dimension sociale, culturelle du rapport à l'autre, du rapport entre les sexes et trouver sa place à l'école, dans un projet éducatif, en complément des enseignements.

L'information dispensée par les disciplines est nécessaire à l'acquisition de savoirs biologiques et scientifiques. Une part importante des questions que se posent les jeunes peut trouver dans le cadre de ces savoirs des réponses simples, notamment en ce qui concerne l'anatomie, la physiologie du système génital, le cycle de la femme, la contraception, la fécondation, la transmission et la prévention des MST et du sida.

D'autres questions expriment davantage des préoccupations d'ordre relationnel qui se réfèrent à leur vécu quotidien : l'image de soi, la relation aux

autres, à l'autre sexe, l'amour, les normes... Ces questions nécessitent une démarche spécifique dans un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion, permettant aux adolescents d'aborder ces sujets, en particulier dans les domaines affectif, psychologique, culturel et social, qui ne figurent pas dans les programmes.

L'École, lieu de transmission des savoirs et d'éducation, constitue aussi un espace de socialisation. Elle se doit donc de favoriser l'apprentissage des règles sociales, la construction du sujet autonome, la possibilité de faire des choix et d'exercer sa responsabilité. L'éducation à la sexualité, qui met en jeu la relation à soi et à l'autre, contribue de manière spécifique à ce processus éducatif global.

C'est pourquoi l'éducation à la sexualité doit tout particulièrement permettre d'intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale en renforçant :

- l'estime et le respect de soi et des autres ;
- l'apprentissage de valeurs communes et des règles sociales ;
- la compréhension et l'acceptation des différences ;
- la connaissance et le respect de la loi et des interdits ;
- le développement de l'esprit critique.

Ce projet est bien entendu indissociable d'une réflexion et d'une formation appropriée. Afin de développer une culture commune, la démarche de formation requise doit intégrer des principes axés sur l'essentiel sur la relation éducative, les normes et les valeurs laïques, ainsi que le rôle et les limites de l'école. Ce dernier point met l'accent sur une indispensable réflexion concernant la délimitation entre espace privé et espace public, afin que soit garanti le respect de l'intimité et de la vie privée.

Trois regards sur le dispositif

Les conditions d'une éducation pour la santé à l'École sont-elles réunies ?

L'École est traversée par des enjeux et des problèmes sociaux qui la dépassent et la façonnent. Pour être efficace, l'éducation pour la santé à l'École doit, selon Brigitte Sandrin Berthon, prendre en compte le cadre institutionnel et professionnel de son intervention.

En 1996, pour préparer des coffrets pédagogiques destinés aux écoles élémentaires, le Comité français d'éducation pour la santé a réuni un groupe de travail composé d'enseignants, de médecins et infirmières de l'Éducation nationale, d'auteurs et illustrateurs de livres pour enfants et d'éducateurs pour la santé. Ces professionnels se sont mis d'accord sur les principes qui devraient guider les actions d'éducation pour la santé menées en milieu scolaire :

- prendre en compte toutes les dimensions de la personne humaine, tant du point de vue de la santé que du point de vue de l'éducation ;
- ne pas présenter un modèle idéal, une vérité universelle, mais aider les enfants et les jeunes à se construire une opinion à partir de messages ou de désirs souvent contradictoires ;
- permettre aux élèves d'être acteurs, construire les projets en s'appuyant sur leurs préoccupations, leurs représentations, leurs expériences, les aider à prendre des responsabilités ;
- veiller à ne pas accroître les inégalités sociales, écouter et valoriser tous les élèves et, plus particulièrement, ceux qui rencontrent des difficultés scolaires, familiales, sociales ;

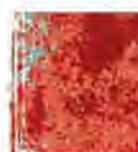
- intégrer les activités aux projets de classe et d'établissement ;
- conjuguer les actions visant l'amélioration des conditions de vie dans l'école et les actions d'éducation pour la santé ;
- bâtir les projets avec tous les membres de la communauté éducative, les parents et les partenaires extérieurs, donner l'habitude à chacun de faire appel aux autres dans le respect de leur spécificité.

Tous ces principes se retrouvent dans la circulaire de novembre 1998 intitulée « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège ». On peut sans doute s'en réjouir. Dans le même temps, on peut se demander si les conditions d'application de cette circulaire sont actuellement réunies.

Quand plusieurs enfants de sa classe ne maîtrisent ni la lecture ni l'écriture, peut-on reprocher à un enseignant de 6^e ou 5^e d'avoir pour objectif prioritaire de les aider à acquérir ces compétences fondamentales et d'oublier qu'il peut « mettre en œuvre des activités, exploiter des situations, des textes ou des supports utiles pour l'éducation à la santé » ?

Quand les adultes du collège, voire de l'école primaire, n'ont pas les moyens de calmer la violence ni d'assurer la sécurité physique de leurs élèves, peut-on leur demander de s'intéresser à l'alimentation, au tabagisme ou aux comportements sexuels des jeunes ?

Quant aux médecins généralistes qu'on a parfois la tentation d'envoyer dans les établissements scolaires pour mieux prendre en charge les problèmes de santé des élèves, que pourraient-ils faire concrètement ? Des examens cliniques de dépistage ? Des moments ponctuels d'information dans les classes sur des thèmes de santé ? Avec quel suivi, quel accompagnement des élèves et des familles, quelle démarche éducative, quelle concertation avec les enseignants et pour quel projet ? N'y a-t-il pas consensus sur l'inutilité de ces interventions ponctuelles ? Il suffit d'avoir exercé quelques mois la médecine en milieu scolaire pour percevoir l'inadéquation d'un tel dispositif. La médecine scolaire est un métier à part entière, qui nécessite des compétences de santé publique, notamment d'éducation pour la santé, et une pleine intégration au sein des établissements scolaires.



La circulaire de novembre 1998 (1) fixe des orientations pertinentes en matière d'éducation pour la santé. Sa mise en application passe par le respect de plusieurs conditions :

- que l'Éducation nationale dispose des moyens et des méthodes qui permettront aux établissements scolaires de s'adapter à leur environnement social, économique et culturel et donc d'assumer leurs missions ;
- que les objectifs de promotion de la santé en milieu scolaire soient définis dans le cadre, et non pas à côté, des priorités nationales et régionales de santé publique ;
- que les médecins et les infirmières de l'Éducation nationale soient formés et reconnus comme de véritables professionnels de santé publique ;
- qu'une vraie collaboration s'instaure entre les comités d'éducation pour la santé et l'Éducation nationale, permettant à tous les membres de l'équipe éducative de bénéficier de formations, d'outils pédagogiques validés et de soutien méthodologique pour la mise en œuvre de programmes d'éducation pour la santé.

Même si l'éducation pour la santé facilite l'expression des élèves et se met à l'écoute de leurs besoins, elle s'inscrit dans un contexte sociopolitique et institutionnel qu'elle ne peut ignorer. Elle doit prendre en compte les problèmes d'échec scolaire, de violence ou de précarité sans avoir pour autant la prétention de les résoudre. Seule la mise en œuvre de solutions politiques adaptées aux problèmes sociaux sous-jacents permettra aux professionnels de terrain - enseignants, assistantes sociales, infirmières ou médecins - de remplir leurs missions et de développer notamment une démarche d'éducation pour la santé, telle que décrite dans la circulaire.

Brigitte Sandrin Berthon
Médecin de santé publique au CFES.

Les rencontres éducatives sur la santé : une obligation bienvenue

La circulaire du ministère de l'Éducation nationale du 24 novembre 1998, précisant les modalités de mise en œuvre des rencontres éducatives, est une aubaine pour les établissements, puisqu'elle permet d'envisager de manière globale la place de l'éducation à la santé dans la politique d'établissement, tout en autorisant la souplesse nécessaire pour s'adapter aux spécificités locales et aux besoins particuliers des élèves. Pourtant au-delà de cette obligation bienvenue, on constate à l'évidence, que la mise en œuvre de ces rencontres n'a pas encore pris toute la dimension qu'on pourrait en attendre. Pourquoi et comment peut-on faire ?

Des avancées encore timides

Notre système éducatif fonctionne encore trop souvent sur des schémas anciens et inadaptés, et la thématique santé en est une bonne illustration. Pour l'éducation à la santé, spontanément, les enseignants dans leur grande majorité (hormis sans doute les professeurs de sciences de la vie et de la terre et aussi ceux d'éducation physique et sportive), pensent que le médecin et l'infirmière sont les personnes exclusivement compétentes pour parler de cela aux élèves. Comme ces personnels de santé se partagent souvent entre plusieurs établissements, on a alors recours à des spécialistes médicaux - externes à l'institution - tant pour la nutrition, les drogues, la sexualité..., et la communauté des adultes a le sentiment de faire le bon choix, pour les élèves qui lui sont confiés.

Pourtant, les objectifs visés par les rencontres éducatives sont plus pertinents et plus ambitieux que ceux d'un discours autorisé. Ici, on vise le déve-

loppement d'attitudes, une réflexion sur les normes, les valeurs, mais aussi on affiche cette volonté, cette ambition de favoriser le dialogue entre élèves et entre élèves et adultes, tout en mobilisant une réelle collaboration de l'ensemble de la communauté éducative.

Il faut pour cela que les enseignants acceptent de sortir d'une exclusive relation pédagogique, pour entrer dans une relation éducative plus large, plus riche aussi, telle que l'on peut la faire vivre lors des rencontres sur la santé.

Des bénéfiques pour tous

À l'école, au collège, ce sont les adultes qui fixent les modalités et les sujets d'étude, la progression pédagogique ; pour ce qui concerne les apprentissages, il est bien normal qu'il en soit ainsi. Lors des rencontres éducatives sur la santé, il convient d'abord d'inverser cette problématique.

On partira donc des intérêts et des besoins des élèves, dont le recueil sera déjà l'occasion de canaliser l'expression, d'inciter à écouter l'autre, de conduire une négociation... Le professeur principal se placera en position d'animateur et non plus de professeur. Il n'en perdra pas pour autant ses prérogatives, ultérieurement, mais au contraire, gagnera une confiance accrue de ses élèves.

Il conviendra ensuite d'envisager comment le thème des rencontres éducatives à venir peut s'articuler avec les enseignements du niveau de classe et quels apprentissages pourront être mobilisés. Se posera aussi la question de la taille du groupe pour les rencontres (demi-classe parfois ou groupe

(1) *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98.237 du 24 novembre 1998.*



d'intérêt, ou classe entière...), et aussi des personnes pouvant intervenir (autres professeurs, membres du personnel, intervenants extérieurs...). L'association des familles à la démarche, dès le départ, et l'explicitation des objectifs poursuivis ne pourront que favoriser le travail.

Ensuite, la garantie de réussite de ces rencontres éducatives sur la santé sera de partir « d'où en sont les élèves » sur la thématique abordée. Si l'on traite, par exemple, le thème de la dépendance, on pourra partir des premières cigarettes, et l'on bâtira la séquence avec ce que les élèves apportent au débat. Naturellement, les autres produits licites ou non, créant une dépendance, seront cités par tel ou tel. Il suffira alors d'apporter, par petites

touches, des éléments de réponse aux questionnements divers, de relier certaines affirmations ou constats à des apprentissages scolaires (respiration, statistiques économiques de certains pays, fonctionnement du cerveau régulateur central, littérature sur l'alcool, la déchéance...), de lancer des recherches, d'informer les collègues des intérêts manifestés et des demandes naissantes, puis de reprendre la séquence et de la mener à son terme (nombre de séances à programmer) en couronnant le travail avec des productions tangibles des élèves.

La nature même des relations entretenues entre les adultes et les élèves lors de ces rencontres éducatives sur la santé et la manière de partir du vécu des jeunes et de leurs représentations

entraînent adhésion et participation des élèves, dont l'activité et la pertinence, alors, surprennent toujours favorablement. Les élèves apprécient de voir travailler ensemble et avec eux des enseignants, des spécialistes médicaux, des personnels de la vie scolaire et des parents par exemple. Ils s'enthousiasment souvent quand, à cette occasion, ils peuvent parler d'eux et de leurs préoccupations. En termes de prévention, de climat et d'efficacité scolaire, voilà des bénéfiques certains pour la vie d'un établissement, bénéfiques que chaque collègue a tout intérêt à engranger.

Alain Monnot

Principal honoraire,
Consultant de la Desco,
ministère de l'Éducation nationale.



Les rencontres éducatives sur la santé : quelle articulation entre enseignants et personnels de santé ?

Les rencontres éducatives sur la santé, telles qu'elles sont décrites dans la circulaire de novembre 1998, se présentent comme ce dispositif original qui permet de développer la collaboration des adultes de la communauté scolaire. Mais, si seuls ces adultes participaient, l'objectif ne serait pas atteint. Les élèves, bénéficiaires de ces actions qui aident à construire leur réflexion et peut-être leurs choix, doivent être véritablement acteurs dans ces rencontres, points forts de la vie d'un établissement.

Personnels de santé et enseignants vont œuvrer ensemble pour promouvoir les comportements de santé qui correspondent à ce bien-être aux multiples facettes que l'on peut appeler santé.

Chacun a sa spécificité :

- les enseignants sont formés à la pédagogie et leur domaine d'intervention privilégié est la classe. Ils s'attacheront à la transmission des connaissances indispensables reliées à des situations concrètes, propices à aider l'élève à construire sa démarche de réflexion ;
- les médecins et infirmières, de par leur formation initiale, sont habitués à... la maladie, au sens large du terme... Ils gardent cette approche spécifique mais devront apprendre à s'en éloigner quand ils contribuent à l'éducation à la santé. En effet, une démarche de prévention primaire, que l'on pourrait résumer brièvement par la formule « ceux à qui je m'adresse sont en bonne santé et doivent le rester » n'est pas une pratique courante du personnel que l'on appelle « soignant ».

L'éducation à la santé, fer de lance de cette prévention primaire, ne soigne pas, ne dépiste pas les troubles : elle apporte les informations certes, mais aussi tous les moyens d'expression et de réflexion qui permettent d'adopter des

comportements favorables à un bien-être, parfois à contre-courant des modes, des pressions publicitaires ou autres. Aussi, médecins et infirmières de l'Éducation nationale avec une formation en santé publique qui leur apporte la spécificité de cette approche, participent à la promotion de la santé auprès des élèves avec les enseignants. L'exemple de la prévention des violences sexuelles illustre bien cette articulation : si, bien sûr, une révélation est traitée comme il se doit (prévention secondaire), le dialogue avec les élèves sur ce sujet doit leur apporter surtout les solutions possibles pour ne pas rencontrer ces difficultés (prévention primaire).

Cette apparente distance entre les personnels enseignants et les personnels de santé doit être perçue comme une richesse. La complémentarité de leurs fonctions permet le relais – si nécessaire – entre le collectif et le privé : lors des rencontres éducatives sur la santé, si un problème individuel est soulevé au détour d'une réflexion sur un sujet particulier (par exemple, la consommation de produits psychotropes), l'élève trouvera auprès du médecin et de l'infirmière la personne qui pourra l'aider, avec l'assurance – faut-il le rappeler – du secret médical inhérent à ces fonctions.

Enseignants et personnels de santé construisent donc, en cohérence, le travail préliminaire indispensable au bon déroulement de ces rencontres éducatives, permettant, d'une part, de fixer le cadre et les limites de l'intervention de chacun et, d'autre part, de préciser avec d'éventuels partenaires extérieurs ce que l'on pourrait appeler la déontologie nécessaire à la promotion de la santé.

Ainsi pourra être évitée toute dérive militante ou sectaire. Parler de santé, c'est aussi parler de société, et parfois même de philosophie et de valeurs. La liberté de choix d'un individu pour tel comportement de santé est inhérente à toute action de prévention. Dès lors, loin de se précipiter dans l'action qui juxtaposera des informations sur des sujets trop nombreux ou trop éloignés des préoccupations des élèves, les acteurs de la communauté scolaire construisent ensemble, chacun selon leur spécificité, le projet éducatif qui permettra aux élèves de s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix individuels.

Jeanne-Marie Urcun

Médecin, conseiller technique,
Inspection académique
de la Marne,
Châlons-en-Champagne.

L'éducation à la citoyenneté auprès d'élèves en difficulté

Entretien avec André Bourdon, professeur de technologie au collège Lavoisier à Auchel dans le Pas-de-Calais, qui mène dans son établissement une expérience éducative originale et ambitieuse depuis plusieurs années.

La Santé de l'homme : On parle beaucoup de développer l'éducation à la citoyenneté à l'école. Qu'en pensez-vous ?

André Bourdon : Il faut être d'accord sur ce que l'on entend par « éducation à la citoyenneté ». Voyez le temps qui lui est consacré : une heure par semaine, deux... Cela devient secondaire et les jeunes ne peuvent pas s'y retrouver. Un jeune de collège rencontre plusieurs adultes dans la semaine : profs, CPE, surveillants, éducateurs... C'est là que se trouve la difficulté : entre un cours de citoyenneté d'une heure par semaine et cette même citoyenneté au quotidien, diluée à travers le regard de x personnes. En ce qui me concerne, j'ai essayé d'intégrer l'éducation à la citoyenneté à l'enseignement en direction des jeunes en situation d'exclusion scolaire.

S.H. : Vous êtes donc dans des classes spécifiques...

André Bourdon : Non, mais nous avons mis en place une action spécifique pour des élèves en grande difficulté scolaire, donc susceptibles d'avoir un peu plus besoin d'encadrement, de dialogue sur ces questions de citoyenneté. J'ai bien dit dialogue : pas « je vais vous apprendre tout ce qu'il faut savoir », mais plutôt les écouter et partir de leur vécu, de leur quotidien. C'est une approche plus complexe, mais si l'on veut voir évoluer les choses, c'est à mon avis celle qu'il faut adopter.

S.H. : Comment vous est venue l'idée de l'expérience que vous avez tentée ?

André Bourdon : J'ai reçu une formation spécifique pour les élèves en difficulté. J'ai choisi de privilégier le regard sur les jeunes au travail. Le projet a consisté à regrouper les élèves de 4^e en difficulté et à travailler avec eux sur l'expression orale, écrite, mais aussi sur l'évolution possible des comportements. Comment ? En élaborant un film. Les quatorze collégiens ont travaillé dix mercredis, avec l'aide d'un étudiant en cinéma, pour aboutir à une production. Au départ, je n'étais pas du tout parti pour faire un film de prévention ; je pensais que les collègues qui travaillaient avec moi allaient beaucoup apprendre aux élèves et c'est un peu l'inverse qui s'est produit... Nous avons pu, en imposant tout de même des règles strictes, partir de la parole des jeunes et favoriser l'écoute des autres. Cela a permis d'organiser la prise de parole, de manière à ce qu'elle devienne intelligible, à la fois pour les jeunes eux-mêmes, mais aussi pour les spectateurs futurs de leur film ; il y avait en effet un enjeu de qualité posé au départ.

S.H. : Que la parole devienne intelligible pour les jeunes eux-mêmes, qu'ils s'emparent de la parole, n'est-ce pas quelque chose de plus important, de plus fort que leurs échanges habituels ?

André Bourdon : Nous nous sommes rapidement rendus compte que ces jeunes – ces « nuls » comme ils s'appellent entre eux – nous apprenaient beaucoup de choses... mais eux-mêmes n'avaient pas conscience de leur propre valeur : l'actrice principale, qui vivait dans un foyer, avait déconseillé à son éducatrice d'aller voir le film parce qu'il était nul ! Il a fallu que le film soit pro-

jeté devant un public pour que les jeunes admettent que ce qu'ils avaient réalisé était bien, que leurs paroles avaient du sens, pour eux et pour les autres... S'il y a une éducation à la citoyenneté à faire, c'est bien là qu'elle se situe : on ne peut être un « citoyen » à part entière si l'on a pas d'existence réelle, sociale, à ses propres yeux ou si l'on n'est pas reconnu.

S.H. : Mettre en œuvre un dispositif comme celui-là implique des contraintes, oblige à trouver des plages horaires communes... C'est facile à l'Éducation nationale ?

André Bourdon : L'intérêt et l'importance accordés au projet par le chef d'établissement et les enseignants comptent, mais c'est l'organisation de l'expérience dans le temps qui s'est révélée primordiale : pour maintenir durablement la motivation des élèves, il est préférable d'avancer rapidement. La troisième année, on a vécu une expérience extraordinaire sur deux semaines, avec un emploi du temps très organisé pour les élèves et les professeurs qui participaient. L'adhésion a été complète et la qualité du film est parlante !

S.H. : Comment met-on en œuvre un tel projet, film ou pièce de théâtre ? Quelles ressources trouver ? Quels partenariats établir ? À qui faire appel ?

André Bourdon : Depuis maintenant plus de deux ans, des personnes bénévoles qui s'intéressent aux enfants et au théâtre, s'impliquent dans notre action : ils en sont des éléments moteurs. Les emplois-jeunes tiennent



aujourd'hui un rôle important dans la réussite du processus. Cette année, on a en plus eu recours à une actrice professionnelle, mais aussi à la police, aux pompiers...

S.H. : Il vous arrive donc de sortir de l'école, de vous confronter à la réalité ?

André Bourdon : Si l'histoire se passe au coin de la rue et qu'il y a un accident avec police et pompiers, ou que cela se passe au club de majorettes, et bien il faut aller à la rencontre de ces gens-là. C'est de la citoyenneté vécue, avec les risques que cela comporte pour les jeunes et pour les adultes : on a des exigences, on rencontre les gens, on confronte nos points de vue et pour faire quelque chose ensemble, il faut arriver à trouver des accords, et ce n'est pas toujours possible...

S.H. : Et pour ce qui est de la réalisation...

André Bourdon : La démarche part des élèves : ils s'expriment sur les copains, la famille, la télé, l'école, etc. par petits groupes, puis en grand groupe. Des notes sont prises. S'il y a huit thèmes, il y a huit feuilles de papier qui sont scotchées aux murs. À partir de cette expression brute, des personnages sont créés, des dialogues établis ; les jeunes pourront alors soit s'identifier soit rejeter. Lorsque le tri est fait, on écrit une histoire sous forme de synopsis ou de scénario, on établit un story-board et on organise le tournage. On entre alors de plein pied dans la réalité : il faut prendre les contacts avec les institutions, les personnes, les responsables et les propriétaires des endroits de tournage prévus (café, commerces...) et obtenir leur accord.

Depuis maintenant deux expériences, le travail est un peu différent.

À partir des personnages que nous avons créés, nous avons travaillé dans une salle de théâtre, durant deux semaines. Nous avons fait les exercices habituels des stages de théâtre : expression corporelle, expression orale, déplacement...; puis, de manière progressive, j'ai fait entrer les personnages, dans ce qui ne pouvait réellement s'appeler une pièce de théâtre et que pourtant nous avons appelé « pièce », car il fallait que nous allions jusqu'au bout pour les jeunes. Nous avons pu jouer devant un vrai public, devant des collégiens, public difficile s'il en est... Et là, ça a été un vrai bonheur pour tout le monde : les jeunes ne sont pas revenus de l'accueil qui leur a été réservé, comme celui d'un vrai public...

Propos recueillis par **Patrick Dublé**,
 Comité régional d'éducation pour la santé
 du Nord-Pas-Calais.

Outils

Documents pédagogiques du ministère de l'Éducation nationale



L'éducation à la sexualité

Une brochure *Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie* qui constitue un document d'appui à destination des formateurs.

Outre des repères d'ordre pédagogique et éthique destinés à resituer l'éducation à la sexualité dans un processus éducatif global, ce document propose également, à travers différents points de vue, des éléments de réflexion et de discussion sur les dimensions culturelle, sociale, psychoaffective de la sexualité, participant à la construction et à l'intégration de chacun dans la société.

La prévention des conduites à risques

Pour accompagner leur mise en place et aider les équipes éducatives, un guide *Repères pour la prévention des conduites à risques* (Bulletin officiel hors série n° 9 du 4 novembre 1999) a été diffusé auprès de tous les membres de la communauté éducative des établissements scolaires du second degré publics et privés sous contrat. Ce document comporte deux parties :

– un guide pratique, composé de 16 cas représentatifs de situations puisées dans le vécu quotidien des établissements, propose des pistes de réflexion et des scénarios possibles de résolution de problèmes. L'objectif visé est d'inciter les équipes à la réflexion sur les meilleures

stratégies de remédiation et de traitement des problèmes rencontrés ;

– un guide théorique propose des analyses sur des sujets ayant trait à la connaissance de l'adolescent, de la loi, de l'organisation de la prévention, de l'évolution des comportements de consommation ainsi que des informations sur les produits psychoactifs...

Chaque situation évoquée permet de rappeler les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et de distinguer ce qui est négociable de ce qui ne l'est pas. Ce document est destiné également à servir de support de formation pour l'ensemble des partenaires.

Le coffret *Libre comme l'air*



Libre comme l'air est le premier coffret pédagogique d'une collection intitulée *Comment ça va ?*, destinée aux classes de collège. Il cherche à développer une approche globale et positive de la santé des jeunes autour des questions

liées au tabagisme et plus largement aux dépendances, en apportant des connaissances sur ce sujet et en développant leurs compétences psychosociales. Sa réalisation s'inscrit dans le cadre du programme national de prévention du tabagisme mené en partenariat par la Cnamts et le CFES.

Il se compose de plusieurs outils :

- un livret pédagogique présente les objectifs, les outils, la méthodologie et le cadre réglementaire d'utilisation du coffret ;
- sept fiches d'animation permettent de traiter des principaux déterminants psycholo-

giques et environnementaux des phénomènes de dépendance, de proposer et de valoriser des alternatives. Chaque fiche reprend un thème qui se décline en objectifs pédagogiques et en objectifs thématiques :

- « Moi, ma bande et les autres » traite du tabac et de la relation aux autres
- « Assume tes choix », de la liberté individuelle et des dépendances
- « Citoyen, à tes marques ! », du tabac et du rapport à la loi et à la citoyenneté
- « Des sous pour faire ce qu'il te plaît ! », du lien entre le tabac et l'argent
- « Le fumeur, il assure ? », des représentations sociales liées au tabac
- « Respirer dans un environnement sain », du tabac et des questions liées à l'environnement
- « Avoir du souffle pour s'éclater ! », de la valorisation du souffle ;
- une Charte des civilités participe à la régulation de la vie quotidienne au sein de la classe autour des règles qui sont nécessaires à la bonne marche de la vie en collectivité, dans l'enceinte et à l'extérieur de l'établissement, et per-

met d'évaluer l'évolution des jeunes par rapport au thème traité ;

- une disquette PC comprenant une liste d'organismes ressource, des sites internet, une liste d'ouvrages et d'outils pédagogiques, des repères scientifiques sur les différents thèmes abordés, des outils d'animation, des fiches d'animation ;
- deux affichettes d'information pour communiquer au sein du collège ;
- une planche de cartes de mise en situation ;
- trente brochures pour les élèves : personnelles et confidentielles, elles permettent de prolonger la réflexion de l'adolescent sur les thèmes déjà abordés, de porter les interrogations et les discussions dans d'autres lieux et de favoriser les échanges du jeune avec ses pairs, sa famille...

Michelle Perrot,

Chargée de mission au CFES.

Coffret *Libre comme l'air* : 200 FF.
CFES, 2 rue Auguste Comte, BP 51,
92174 Vanves cedex.



Vers une « macdonalisation » du monde ?

Entretien avec le sociologue et politologue Paul Ariès qui nous livre sa réflexion et ses inquiétudes sur l'évolution de l'alimentation et de notre société au travers l'analyse du phénomène McDonald's.

La Santé de l'homme : Parallèlement à ces deux ouvrages que vous venez de publier sur McDonald's (*Les Fils de MacDo* et *Le Petit Manuel Anti-McDo à l'usage des petits et des grands*), vous vous êtes intéressé aux sectes (*Le retour du diable, satanisme et extrême droite, La scientologie : une secte contre la République*) à la situation de l'enfance (*Déni d'enfance*) et à certains groupes terroristes (*Libération animale ou nouveaux terroristes ?*). Y a-t-il un lien entre ces différentes recherches ?

Paul Ariès : Je travaille sur la mondialisation en cours et ses diverses conséquences. Cette modernisation est inévitable et devrait même être une excellente chose : je crois cependant que les formes qu'elle revêt actuellement représentent un danger réel par la destruction des identités et des repères symboliques qu'elle provoque. La mondialisation rime trop souvent avec régression : régression sociale avec la destruction des systèmes de protection, le développement de la précarité ; régression politique avec la crise des États nations et la fin des Utopies (sympathiques ou non) ; régression psychique avec l'essor de la manipulation (du marketing aux sectes) ; régression culturelle dont McDo constitue pour beaucoup un formidable symbole. L'alimentation moderne semble, en effet, de plus en plus infantilissante tant à travers les choix des produits (craquant, croustillant, sucré, salé) que les modes de consommation.

Le rapport entre ces diverses questions, c'est mon inquiétude face à une même logique qui menace de refermer la parenthèse de l'humanisme ouverte il y a quelques siècles. Mes ouvrages se répondent donc : ainsi une société qui refuse la faiblesse, c'est-à-dire les



Lisbonne : exposition universelle, 1998.

faibles (chômeurs ou handicapés) et la part de faiblesse de chacun (maladie) ne peut tolérer l'enfance, puisqu'elle constitue la figure hyberbolique de toute faiblesse (*La Santé de l'homme* n° 345). Il y a donc un lien entre la pédophilie et notre société moderne. J'ai de même pu constater qu'il n'y a pas de secte où l'on mange bien, car la table est tellement importante pour la qualité du lien social qu'on ne peut pas s'en prendre à l'homme (à son humanisation) sans s'en prendre d'abord à son alimentation. Il faut donc prendre garde aux métamorphoses de la table car elles annoncent l'homme de demain.

S.H. : Vous dénoncez donc l'évolution des pratiques alimentaires : en quoi préfigurent-elles ou participent-elles à cette déshumanisation dont vous venez de nous parler ?

Paul Ariès : L'histoire de l'alimentation est d'abord celle de l'humanisation de l'homme. Elle est celle de la mise à distance de l'aliment et du mangeur. L'homme primitif mange encore indistinctement comme il trouve, comme ça pousse. Il va ensuite peu à peu humaniser sa table en interposant toutes sortes de choses entre lui et ce nutriment : des techniques de chasse, de cueillette, de culture, de cuisson, etc. Il va interposer aussi des objets comme des broches, des couverts, des verres, etc. ; mais également des cultures, des interdits religieux jusqu'aux recettes de cuisine. Il interpose enfin des façons de passer à table, de l'obligation de se laver les mains à l'art du banquet. Chaque civilisation a inventé ses propres modes d'humanisation. Mais les métamorphoses actuelles de la table sapent largement tout ce travail d'humanisation.

Il ne s'agit donc pas d'une cuisine de plus, mais de faire table rase du passé, de régresser. On parle beaucoup de la révolution dans les assiettes avec tous les nouveaux produits (cuisine industrielle, produits reconstitués, organismes génétiquement modifiés (OGM), produits issus des biotechnologies) en oubliant l'évolution de nos rapports à la table, bref qu'est-ce que manger veut dire. L'homme doit pourtant toujours en rendre compte à la fois sur le plan physiologique mais aussi psychologique, économique, sociologique.

S.H. : Vous parlez de McDonaldisation du monde : en quoi McDonald's préfigure-t-il ou participe-t-il à une certaine évolution de nos sociétés ? Quelles sont, selon vous, les caractéristiques du système McDonald's ?

Paul Ariès : Pour moi McDo, ce n'est pas une question de goût mais de conception de l'homme. On peut essayer de comprendre le mouvement anti-McDo actuel en partant de l'idée simple que chaque société a besoin de symboles à vénérer ou à déboulonner. La question est de comprendre pourquoi McDo est devenu internationalement l'un de ces symboles. Ray Kroc – son fondateur – rêvait de 20 000 fast-foods pour l'an 2000, il en a plus de 25 000 implantés dans cent quinze pays, servant plus de 40 millions de clients par jour. Il n'est cependant pas prêt d'arrêter car il programme un fast-food pour 20 000 habitants : des McDo, il y en aura bientôt dans les écoles, les entreprises, les hôpitaux, les stades, etc. Beaucoup commencent cependant à résister à ces « extra-terrestres » de la bouffe : chacun a, en effet, sa « bonne » (?) raison de refuser tout ce que McDo symbolise.

Le gastronome qui désire découvrir de nouvelles saveurs ne peut vouloir d'un tel aliment servi toujours de la même façon, quels que soit le pays, l'âge, le sexe, la culture. Le hamburger n'est pas, en effet, un produit américain mais celui de la pensée unique. McDo ce n'est pas l'alimentation des jeunes, il existe des McSeniors, des

McCadres, etc. McDo c'est l'anticulture puisqu'il vise les sensations organoleptiques les plus pauvres.

Le philosophe qui sait que l'homme est toujours un peu ce qu'il mange ne peut vouloir d'une alimentation qui empêche de former sa capacité de jugement et de devenir adulte. McDo aime tellement les enfants qu'il ne veut surtout pas qu'ils grandissent : ce n'est donc pas d'abord dans la bouche qu'il



aurait mauvais goût mais bien dans la tête. Il est le paragon d'une consommation infantilissante qui interdit de penser ce que l'on mange. Les parents qui désirent transmettre une identité forte à leurs enfants ne peuvent accepter que McDo se substitue aux mères grâce à son hamburger conçu à l'image d'un sein (de par sa forme, sa texture, sa consistance, sa publicité, etc.) ou qu'il veuille prendre la place des pères en substituant ses repères à ceux de la société. McDo ce n'est pas le restaurant de la famille, c'est par excellence celui de l'anti-famille. L'humaniste qui sait que le marketing constitue un véritable dressage commercial ne peut tolérer ce matraquage publicitaire constant et agressif qui vise d'abord les enfants. Sa pub, c'est une bonne façon de véhiculer son idéologie de la vie auprès des tout-petits : Ronald ce n'est pas un clown pour faire rire mais pour « normer », pour dire le Bien et le Mal, à la place des parents ou des « profs » que sa dernière « pub » destine à la retraite. L'écologiste ne peut se laisser duper par l'imagerie pseudo-écologique de McDo, alors que son produit est de par sa conception, son mode de fabrication, sa sélection très restreinte de variétés agricoles, son marketing, le summum du producti-

visme « anti-écologique ». McDo développe les tendances à la destruction des repas, à la mal-bouffe. Pensons à cette publicité actuelle qui nous suggère de manger McDo à toute heure ! Le « bon vivant » qui sait que le plaisir n'existe que dans la surprise et non dans la répétition à l'identique d'effets savamment calculés et parfaitement standardisés ne peut croire que l'anniversaire McDo, ce petit-bonheur calibré et aseptisé, soit une vraie fête. J'ai usé volontairement d'une formule provocante en parlant de « communisme à la Ubu ». Il y a bien lieu de s'inquiéter si effectivement nous sommes un peu ce que nous mangeons.

S.H. : Concernant plus spécifiquement l'alimentation, qu'auriez-vous envie de dire dans une revue d'éducation à la santé ?

Paul Ariès : Beaucoup de peurs se portent aujourd'hui sur ce terrain de l'alimentation, de la « vache folle » aux OGM, de la question de l'accès à l'eau potable à la listeria. Ce choix de la table comme objet central d'inquiétude répond à la régression en cours : on se tourne spontanément vers ce qu'il y a de plus profond en chacun de nous. Ces angoisses ne devraient pas nous faire oublier que beaucoup d'autres choses se jouent dans nos rapports à l'alimentation, dans notre façon de passer à table, de la vivre. Certains experts évoquent l'amélioration sanitaire des aliments et des procédures, d'autres s'inquiètent des effets pathologiques de la destruction croissante des repas. Un symposium organisé en janvier 2000 à Paris par un grand laboratoire avec environ cinquante médecins a montré que ces évolutions renforcent les risques de diabète de type II. Je ne crois pas que la solution soit dans une fuite en avant illusoire vers le zéro-risque car ce serait croire que l'essentiel est dans l'assiette et non pas dans le vécu alimentaire. Claude Fischler a pourtant rappelé que l'alimentation doit être bonne aussi à penser. C'est pourquoi l'alimentation humaine s'est construite largement contre la nutrition : ainsi les cuisines des pays pauvres sont-elles plus riches que celles des pays riches.



• COMMUNIQUÉ •

Le risque majeur étant la déshumanisation, notre effort éducatif doit en tenir compte. Il sera cependant plus difficile de lutter contre elle que de renforcer encore plus le fétichisme alimentaire en faisant comme si l'essentiel c'était le produit-nutriments. Les produits allégés ou enrichis, les aliments, ne suffiront pas à régler nos troubles actuels. L'essentiel se joue très tôt au sein des familles bien sûr, mais aussi dans les écoles. D'un côté, les familles jouent à « frigo ouvert », on mange souvent seul ou parallèlement. D'un autre, les repas scolaires plongent l'enfant dans un face-à-face angoissant avec l'aliment faute d'avoir conservé un espace suffisant pour avoir un vrai, échange : que voulez-vous qu'il se passe en dix minutes avec pour cadre un plateau-repas ?

On oublie, faute de temps, les dimensions socialisantes, oniriques, psychologiques, etc. On nous dit qu'on va résoudre la crise de la restauration scolaire en répondant aux désirs des enfants, c'est doublement stupide, car c'est confondre d'une part le désir et le besoin, et c'est se précipiter vers la généralisation des fast-foods dans les écoles. Il faudrait à l'inverse insister sur le « bien manger », c'est-à-dire sur le réapprentissage : il faut faire respecter les besoins de la chronobiologie, limiter la destructuration, etc.

L'Italie nous montre l'exemple en ayant introduit dans l'enseignement un programme sur ce thème alors que la France bricole encore avec sa fameuse semaine du goût. Comme si le bon goût devait être exceptionnel et n'était pas un droit toute l'année ! La France a pourtant une tradition très riche dans ce domaine puisque si elle est devenue le pays du bon goût, ce n'est pas par hasard ni en raison de la qualité de ses produits. Il s'agit d'un coup de force des philosophes des lumières qui pensaient que la formation de « bons » citoyens et pères de famille passait par l'apprentissage du « bien manger ». On a voulu que l'écolier différencie les saveurs pour développer sa capacité de jugement : on a supprimé le service à la française (type buffet) pour lui substituer le repas ternaire. On a, à tra-

vers la montée en puissance des arômes, construit une architecture des palais.

La France a su marier la République des ventres et celle du cœur et de la Raison. Elle doit être capable de réinventer des modes de restauration capables de combler à la fois l'enfant, le pédagogue, le médecin et le citoyen. Il faut pour cela réhumaniser nos cantines, ce qui passe par la présence d'une relation humaine (personnel de cuisine, de service), par le choix d'aliments « bons » à penser, par le refus croissant des OGM dans les écoles, par la méfiance envers les pseudo « aliments », par le refus de la régression vers la seule dimension nutritive sous prétexte d'avoir « la forme sans les formes » !

Propos recueillis par **Alain Douiller**

Paul Ariès a publié sur la question de l'alimentation

La fin des mangeurs, Desclée de Brouwer, 1997.

Le Petit Manuel Anti-McDo à l'usage des petits et des grands, Golias, 1999.

Les Fils de McDo : la McDonaliation du monde, L'Harmattan, 1997.

Le goût (avec Gong Gang), Desclée de Brouwer-Presses littéraires et artistiques de Shanghai, 2000.

Paul Ariès a publié sur d'autres thèmes

La scientologie : une secte contre la République, préface Alain Vivien, Président de la Mission interministérielle de lutte contre les sectes, Golias, 1999.

Le retour du diable : satanisme, exorcisme, extrême droite, Golias, 1997.

Déni d'enfance : manifeste contre la banalisation de la pédophilie, Golias, 1997.

Libération animale : les nouveaux terroristes, Golias, 1999.

José Bové, *la révolte d'un paysan* (entretiens), Golias, 2000.

Education Santé

sommaire

n° 146 – mars 2000

Stratégie

La prévention du sida en Communauté française

Nicole Maréchal, Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé en Communauté française

Les programmes subventionnés en 1999

Christian De Bock

Initiatives

« Envie de toi... et le sida ? »

Cécilia Locriant

Aider les patients à avoir bon dos

Myriam Marchand

Familles monoparentales

Réflexions

Les nouveaux défis de la prévention du sida

François Delor

Matériel

Des mots pour comprendre

Bons jours ! Bonnes nuits... Bon appétit !

Documentation

Les fiches Sanomètre

Vu pour vous

La santé en cédérom

Mort d'un enfant
Documents Terre

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro :

Éducation Santé,
chaussée de Haecht 579/40,
1031 Bruxelles.

Fax: +2 243 20 49.

Mél : education.sante@mc.be

Les 15-19 ans et les drogues illicites

L'enquête¹ menée par téléphone fin 1997 par le CFES et ses partenaires auprès de 4 115 adolescents âgés de 12 à 19 ans², scolarisés ou non, s'est intéressée aux rapports des jeunes avec les drogues illicites.

49 % des jeunes de 15 à 19 ans se sont vu proposer des drogues illicites, gratuitement ou à la vente. Cette proportion s'accroît avec la taille de l'agglomération de résidence : 42,4 % pour les jeunes résidant en milieu rural et 54,3 % pour ceux de l'agglomération parisienne.

Un peu plus d'un quart (28,3 %) des jeunes interrogés déclarent avoir expérimenté une drogue au cours de leur vie. Ils sont 22,8 % à l'avoir fait au cours des douze derniers mois et parmi eux, 45 % en ont pris dix fois ou plus.

L'usage de cannabis

Le cannabis arrive en première place des produits consommés par les jeunes, avec 28,2 % d'expérimentateurs (c'est-à-dire qui ont essayé au moins une fois au cours de leur vie). Les garçons et les jeunes les plus âgés sont plus nombreux à déclarer avoir expérimenté le cannabis au cours de leur vie : 32,7 % des garçons contre 23,5 % des filles ; 11,5 % à 15 ans et 41,8 % à 19 ans (Figure 1).

Si l'on appréhende le fait d'avoir fumé du cannabis avec d'autres conduites d'essai, on se rend compte que ces comportements sont fortement liés (Tableau I et Figure 2).

Opinions sur la toxicomanie

77,1 % des 12-19 ans sont d'accord avec l'affirmation que « les toxicomanes sont avant tout des malades ». Dans leur grande majorité (93,2 %), ils pensent qu'ils « doivent avoir accès aux meilleurs traitements médicaux ».

Trois adolescents sur quatre (75,7 %) s'accordent à dire que « les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive » et 66,4 % qu'ils « sont agressifs et dangereux ». En revanche, ils sont 60,2 % à n'être pas d'accord avec l'opinion selon laquelle « les toxicomanes doivent être punis » et à 80,9 % ils ne sont pas pour « mettre les drogues douces en vente libre ».

En comparant ces résultats avec ceux obtenus chez les adultes lors du Baromètre santé adultes, il apparaît que les 12-19 ans ont une opinion plus négative des toxicomanes que les adultes. Ils sont également plus répressifs tant au niveau des conséquences judiciaires possibles qu'en matière de libéralisation des « drogues douces ».

Anne-Colline Goubert

Chargée d'études, département Études et Évaluation, CFES.

1. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98, Vanves : CFES, 1998 : 330 p.

2. Seules les questions sur l'opinion ont été posées à l'ensemble de l'échantillon, les autres ont été posées aux seuls 15-19 ans (n = 2 675).

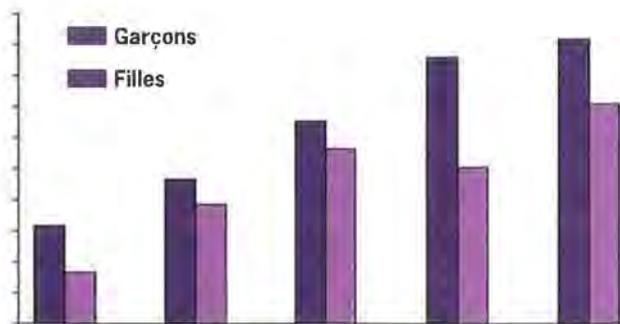


Figure 1. Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie selon l'âge et le sexe (en pourcentage).

Tableau I
Comportements des jeunes de 15 à 19 ans (en pourcentage)

Ils déclarent :	Ayant fumé du cannabis	N'ayant jamais fumé de cannabis
• être fumeurs	76,2	26,5
fumeurs réguliers	67,1	20,9
fumeurs occasionnels	9,2	5,5
• avoir bu au moins une fois par semaine au cours de la dernière année	57,7	22,5
• avoir un(e) petit(e) ami(e)	54,0	41,5
• avoir eu des rapports sexuels	73,9	38,6

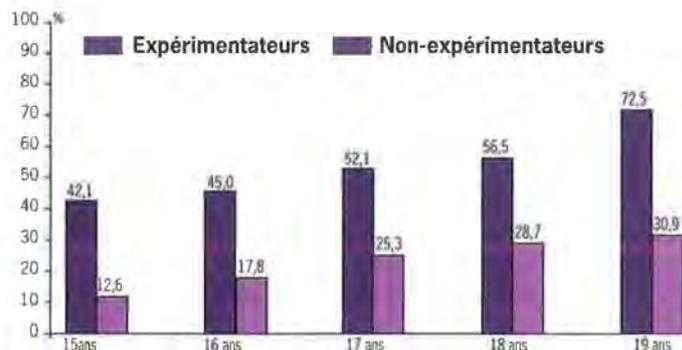


Figure 2. Consommation d'alcool au moins une fois par semaine selon l'âge et le fait d'expérimenter ou pas du cannabis (en pourcentage).



Des métaux lourds bien trop présents

L'évaluation des risques de l'environnement sur la santé est aujourd'hui une affaire publique. Elle nécessite le respect d'une méthode, connaissance et éducation. En voici une illustration par les métaux lourds.

Les métaux lourds présents dans les sols comme le plomb, le cadmium, le mercure, le nickel, l'arsenic et les oligo-éléments (fer, cuivre, zinc, manganèse, bore, cobalt, sélénium) peuvent avoir une origine géologique issue de la couche-mère, résulter de pratiques agricoles ou de dysfonctionnements de procédures industrielles. Parmi les origines les plus courantes, on peut citer les épandages d'engrais ou de pesticides, les déjections animales ou les boues de station d'épuration mal traitées. Mais les variations naturelles des métaux lourds et des oligo-éléments dans les sols sont encore mal connues. Malgré un inventaire géochimique du Bureau de recherche géologique et minière (BRGM) et des analyses constantes effectuées par l'Institut national de la recherche agronomique (Inra), nul ne sait avec exactitude l'apport de cette chimie dans les combinaisons « naturelles ». Une chose est néanmoins certaine : l'enrichissement de métaux lourds dans les sols est, au cours des dernières années, en progression lente mais constante. L'apport de cadmium, de plomb et de zinc, par exemple, est plus important chaque année et ce depuis la décennie soixante. Qui affirme cela ? Les services techniques du ministère de l'Environnement, tout simplement.

Et de préciser encore que des constantes demeurent. « Les valeurs les plus élevées en polluants métalliques s'observent au voisinage des mines et des sites industriels traitant les métaux lourds mais aussi dans les zones urbaines. Dans de nombreuses villes, les sols des jardins sont pollués en métaux

lourds. Il en est de même pour les terrains situés au voisinage immédiat des axes à forte densité de circulation routière. Les retombées peuvent se produire à une distance plus ou moins grande de la source, car les métaux lourds sont susceptibles de se fixer à la surface de particules en fonction des facteurs climatologiques. Toutefois, leur dangerosité (au-dessus d'un certain seuil) étant unanimement reconnue, l'ensemble des organismes ou instituts de santé, d'environnement ou d'industrie est mobilisé sur la connaissance de leurs effets ».

Le plomb à titre d'exemple

Prenons le plomb, par exemple. Très présent dans de nombreux minéraux, très utilisé dans de nombreuses activités industrielles, sa responsabilité dans la pollution de l'eau et de l'air est connue ; en particulier, les canalisations d'eau sont réputées comme étant la principale source de contamination. Ses effets potentiels par ingestion sont étudiés. « L'absorption du plomb par inhalation semble, sauf exposition spécifique à des concentrations importantes de l'air ambiant en particules plombifères, jouer un rôle secondaire par rapport à l'absorption par ingestion alimentaire », note le ministère de la Santé. « L'absorption du plomb inhalé se fait à hauteur de 20 à 30 % de la dose inspirée et représenterait un apport de 6 à 9 microgrammes par jour. L'autre voie d'exposition au plomb est liée à l'ingestion d'aliments, de boissons et de poussières ambiantes. 10 % du métal sont absorbés par le tractus gastro-intestinal. Chez l'enfant en bas âge, le taux d'absorption¹ peut

atteindre 50 %, ce qui rend celui-ci plus sensible à l'exposition ». Les chiffres sont parlants : la quantité totale de plomb présente dans l'organisme d'un adulte, non spécifiquement exposé, est évaluée à environ 150 mg de métal. Le diagnostic est alors sans appel. « Le plomb absorbé, signale le ministère de la Santé, peut perturber de nombreux métabolismes. Les manifestations pathologiques apparaissent à des niveaux d'exposition élevés. Les principaux organes touchés sont alors le système sanguin (inhibition de la synthèse de l'hémoglobine et anémie), le système nerveux (encéphalopathie chronique, troubles neurologiques et psychomoteurs), le système rénal (néphropathie et altération progressive de la fonction rénale) ». La principale intoxication, la plus connue également, est le saturnisme.

Une ration alimentaire évaluée

On pourrait citer à la suite cadmium, mercure ou arsenic. Leur métabolisme serait sensiblement équivalent à celui du plomb. Quant à leur toxicité, l'inhalation ou l'ingestion de ces produits provoque un panel de troubles dont certains entraînent des altérations fatales. Plus intéressant, les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) réparties dans toutes les régions, étudiant, dans le cadre d'un réseau composé de quatorze directions et de dix laboratoires, l'estimation de la contamination apportée par ration alimentaire dans les cantines scolaires.

1. Dose réellement reçue, assimilée par l'organisme, inférieure à la dose ingérée.



© Eric Brissaud - Gamma

Le cheminement de l'eau à Paris : tests des eaux d'aqueducs

Pour chaque repas, la composition a été répertoriée, le poids de l'ensemble des mets mesuré et la teneur en plomb, en cadmium et en mercure a été analysée et exprimée en microgramme par kilo de repas. À partir de ces éléments, et pour chaque repas, ont été calculées les ingestions en plomb, en cadmium et en mercure exprimées en microgramme par repas. L'étude donne pour le plomb 24 microgrammes par repas, pour le cadmium 9 microgrammes par repas et pour le mercure entre 5 et 7 microgrammes par repas considérant, précise l'étude, que l'écart entre l'estimation par excès et l'estimation par défaut devient suffisant pour être pris en compte. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la dose hebdomadaire tolérable (DHT) – source JEFCA (Joint Expert Committee for Food Additives) – recommandée est de 25 microgrammes par kilogramme de

poids corporel par semaine pour le plomb. Soit 1 500 microgrammes pour une personne de 60 kilos. Il est de 7 microgrammes par kilo de poids corporel par semaine pour le cadmium. Soit 420 microgrammes pour une personne de 60 kilos. Et pour le mercure, il est de 5 microgrammes par kilo de poids corporel par semaine. Soit 300 microgrammes pour une personne de 60 kilos.

Une activité médicale à risque

Mais il existe aussi d'autres formes de présence de métaux lourds dans l'organisme. Notamment celui que les spécialistes appellent le risque mercuriel dans l'activité médicale. Aujourd'hui, ce risque préoccupe de nombreux médecins, surtout les dentistes, et ingénieurs sanitaires. Un témoignage : « Je crois que si le problème écologique que pose le mercure est en passe

d'être réglé, celui que posent les amalgames dentaires pour la santé publique n'est pas résolu. Car il n'existe pas actuellement d'alternative acceptable pour un rapport coût/efficacité équivalent ». Le docteur Dominique Marion, doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Nantes (1) s'explique sans ambiguïté. « Oui, dit-il, le principe de précaution doit s'appliquer à propos des plombages contenant du mercure. Oui, insiste-t-il, aucune alternative n'est aujourd'hui réellement satisfaisante. On connaît, en effet, le mercure et sa toxicité réelle potentielle. Mais on sait moins que les quantités de mercure utilisées dans l'activité médicale (amalgame dentaire, thermomètre au mercure...) sont actuellement aussi importantes que celles des activités industrielles en France ». À noter que les thermomètres à mercure sont interdits d'utilisation depuis le 1^{er} janvier 1999.



brèves

Marée noire : danger réel mais risque sanitaire négligeable

La marée noire provenant du pétrolier Erika constitue, comme tous les produits pétroliers, un danger réel pour ceux participant aux opérations de nettoyage, mais le risque sanitaire reste négligeable. Ces conclusions émanant d'un rapport officiel demandé par le ministère de l'Environnement à l'Institut national de l'environnement industriel des risques (Ineris) ont confirmé les craintes émises par Dominique Voynet. « Les rejets du pétrolier maltais contiennent une proportion de substances toxiques pour l'homme, notamment cancérigènes, suffisante pour constituer un danger réel qui induirait un risque pour les personnes qui y seraient exposées de manière importante et répétée, plus particulièrement par contact cutané ».



© Frédéric Lafargue - Gamma

Marée noire sur les côtes de l'Atlantique : Batz-sur-Mer, décembre 1999.

Pollution au benzène : risque cancérigène dans les maisons

Des décors en vogue dans l'Europe du Nord, comme des lattes de sapin ornant les murs ou les moquettes pourraient être néfastes pour la santé. Une équipe de chercheurs italiens publie, dans la revue scientifique *Nature*, une étude qui accuse ces matériaux d'absorber le benzène, composé cancérigène provenant essentiellement du trafic automobile. Les chercheurs constatent que la pollution par le benzène mesurée à l'intérieur des habitations est relativement plus élevée au nord de l'Europe qu'au sud. Mais dans les villes relativement dénuées de vent comme Athènes, Murcia et Padoue, les niveaux de benzène urbain sont jusqu'à quatre fois supérieurs à ceux observés à Anvers, Copenhague ou dans des villes comme Rouen où les vents dominants sont vifs.

Source AFP

Climat : les transports devront stabiliser leurs rejets

Le programme français de lutte contre l'effet de serre, adopté le 19 janvier dernier, prévoit un important chapitre afin de stabiliser d'ici 2020 les émissions du secteur des transports. Le programme fait appel, dans le cadre européen, à des allègements fiscaux favorisant l'usage d'équipements plus efficaces ainsi qu'à la fiscalité environnementale pour modérer les consommations d'énergie. Soutien aux énergies renouvelables, renforcement continu des normes énergétiques dans le bâtiment, programmation des investissements nécessaires à une meilleure répartition du transport de marchandises entre la route et les autres modes de déplacement, définition d'un urbanisme moins gaspilleur d'énergie... sont quelques têtes de chapitre d'un plan qui comporte plus d'une centaine de mesures techniques.

Le 9 novembre 1995, une recommandation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France alerte les pouvoirs publics et les professionnels et précise l'urgence d'une campagne d'information dirigée, en particulier, vers les chirurgiens dentistes et les services comme les directions départementales et régionales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass et Drass), et les direction régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (Diren) sur les déchets diffus de mercure issus de cabinets dentaires. Actuellement, les dentistes peuvent demander une subvention pour acheter des appareils nécessaires à la récupération de mercure. Le conseil supérieur souhaite également une seconde campagne sur l'utilisation des thermomètres médicaux « sous la forme d'articles de synthèse sur le risque mercuriel dans des revues spécialisées destinées au personnel médical et paramédical ainsi qu'au personnel de direction des hôpitaux et au grand public ». Une véritable campagne d'éducation pour la santé. En mai 1998, le même Conseil supérieur rend un avis relatif à l'amalgame dentaire. Celui-ci précise que « les amalgames dentaires libèrent de faibles quantités de mercure qui sont partiellement absorbées. La dose quotidienne absorbée est généralement inférieure à 5 microgrammes. D'une manière générale, l'apport de mercure lié à l'amalgame en bouche est insuffisant pour produire des effets pathologiques "dose-dépendants" ». Et de renouveler ces recommandations : « il est vivement conseillé de s'équiper rapidement d'un séparateur d'amalgame ». L'arrêté du 30 mars 1998 rend obligatoire la récupération de ce type de déchets dans un délai de trois ans. Il semble que le risque mercuriel ait été pris en compte parmi les professionnels. La démonstration s'il en faut qu'une campagne d'information relayée par les acteurs produit ses effets.

Denis Dangaix
Journaliste

(1) In le Généraliste du 14 septembre 1999.

Sources : Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, ministère de l'Environnement, Conseil supérieur d'hygiène de France, CFES...

D.D.

Sylvie Fainzang

Ethnologie des anciens alcooliques

La liberté ou la mort



puf

Ethnologie des anciens alcooliques La liberté ou la mort

Sylvie Fainzang

Comment l'alcoolisme est-il pensé et vécu par les alcooliques et leur famille ? Comment ces derniers réorganisent-ils leur existence en vue de lutter contre la

rechute ? Comment se donnent-ils les moyens de « choisir entre la liberté et la mort », pour reprendre leur formule. Grâce à la fréquentation d'une association d'anciens buveurs qu'elle a étudiée sur une période de cinq ans, Sylvie Fainzang répond à ces questions en proposant une analyse des systèmes symboliques dans lesquels est intégrée la « maladie alcoolique ».

S'interrogeant sur les pratiques observées, sur les rapports sociaux qui se nouent autour des anciens buveurs, et sur ce que représente et symbolise l'alcool à leurs yeux, elle met au jour les logiques qui gouvernent les comportements des individus et les mécanismes de l'efficacité de ce type d'association, sans en occulter, toutefois, les échecs. Cet ouvrage est une contribution aux recherches anthropologiques sur la manière dont les groupes humains répondent, intellectuellement et pratiquement, au phénomène de la maladie et sur ce que leur façon d'y répondre nous apprend de leur rapport au monde.

Paris : Puf, coll. Ethnologies, 2ème éd. 1998, 176 pages, 118 FF.

Santé, précarité, dépendance

Quelles réponses peut-on apporter, grâce aux dispositifs de soins et aux mesures d'insertion sociale, au mal de vivre des personnes en situation de précarité et de pauvreté ? Comment assurer l'articulation entre les politiques territoriales de santé, gérant le plus souvent des situations d'urgence, et les politiques publiques de prévention développées dans le long terme ? Ces questions d'ordre méthodologique se posent face à l'évolution des besoins de santé des populations urbaines. La mise en œuvre des politiques de la ville, dont un des atouts est la proximité, permet de mettre l'accent sur les habitants, leur bien-être et leur place dans la ville. Les situations de dépendance (toxicomanie, alcoolisme) sont révélatrices de motivations et de réactions très diverses : comportement d'échappement face au quotidien, inadaptation psychologique à la communication, souffrance psychique ou sentiment de révolte. Elles nécessitent des réponses adaptées. Les acteurs et professionnels impliqués dans la prévention doivent pouvoir établir des diagnostics acceptés par tous, afin que puissent être menées des actions collectives de santé publique dont l'évaluation est indispensable.

La présentation d'expériences et de réflexions sur ces problèmes par des professionnels de divers domaines (psychiatre, conseiller socio-éducatif, médecin généraliste, enseignant en santé publique), associée à la description d'une série d'initiatives mises en place en Seine-Saint-Denis, peuvent apporter des informations utiles aux professionnels impliqués dans des actions de prévention auprès de populations précarisées.

Saint-Denis (93) : Les Cahiers de Profession Banlieue, mars 1999, 72 pages, 60 FF.



Lotopital

Un jeu pour découvrir l'hôpital.

Loto classique sur une face, puzzle sur l'autre, ce jeu offre de nombreuses possibilités d'utilisation avec les enfants et leur entourage adulte éventuellement. Il fait découvrir l'univers hospitalier en présentant les personnes et les principaux objets que l'on peut être amené à y rencontrer : l'institutrice, le médecin, la perfusion, les médicaments, etc.

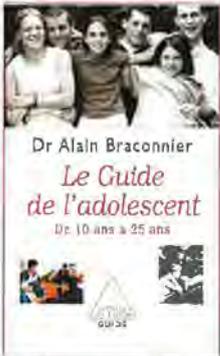
Les planches comprennent six cases correspondant aux six objets ou personnes mis en scène au verso. Il devient alors possible de créer des associations plus riches que celle consistant à poser la bonne carte dans la bonne case de la planche (utilisation loto classique). L'enfant peut repérer quels sont les professionnels qui utilisent certains objets, repérer et commenter les différences entre ce que présente le jeu et ce qui se passe pour lui à l'hôpital...

Le petit guide d'utilisation est très clair et propose des pistes d'utilisation nombreuses et intéressantes. Les couleurs et le graphisme rendent le jeu lumineux et très attirant.

Service après-vente : Sparadrap remplace les cartes perdues.

Produits dérivés (à l'attention des professionnels) : un loto fixe et plastifié à afficher ainsi qu'un jeu des 7 erreurs et un jeu de l'intrus, plastifiés également.

Sparadrap - Centre national de ressources sur l'enfant et l'hôpital, 48, rue de la Plaine, 75020 Paris. Le lotopital : 6 planches recto-verso, 36 cartes recto-verso, règle du jeu, guide d'utilisation. 85 FF frais d'envoi inclus ou 65 FF sur place.



Le guide de l'adolescent de 10 à 25 ans

Alain Braconnier

Aujourd'hui, l'adolescence commence plus tôt (depuis un siècle, l'âge de la puberté a avancé de trois ans) et se termine plus tard. Période de doute, de contradiction, de contestation, elle trouble et remet en question les parents qui ne savent pas toujours que faire, que dire ni comment. C'est à eux que ce guide s'adresse : comment accompagner son enfant dans cette traversée tumultueuse ? Comment être présent sans être envahissant ? Comment comprendre ses sautes d'humeur, ses provocations, ses silences ? Comment maintenir le dialogue ?

Cet ouvrage propose en quatre parties (questions d'adolescence, années collège, années lycée et années d'étudiant) des réflexions, des analyses, des conseils pour comprendre, savoir écouter l'adolescent et envisager cette période dans sa diversité.

Paris : Odile Jacob, 1999, 600 pages, 185 FF.



Les amis de mon jardin Boîte à outils

Cette mallette réalisée par le Comité régional d'éducation pour la santé Nord-Pas-de-Calais s'inscrit dans un programme d'éducation et de promotion de la santé à destination des enfants de 5 à 7 ans et de leur famille.

Conçue sous la forme d'une boîte à outils, elle comprend quatre compartiments :

- un plateau de jeu : un puzzle du jardin,
- une cassette vidéo de 35 mn,
- un livre de contes, un CD et un cahier des enfants,
- un guide pédagogique et méthodologique, les personnages du jardin.

Le programme éducatif mis en place et expérimenté pendant huit années par une équipe d'infirmières du Centre de soins infirmiers de Lille Sud, est une adaptation du programme canadien « Mes amis, mon jardin ». Il a pour but de susciter l'acquisition précoce de la confiance en soi à des aptitudes pour les relations interpersonnelles et de préparer l'enfant, dès l'âge de 5 ans, à faire face aux pressions et sollicitations extérieures pouvant conduire à la consommation de drogues. Un groupe de professionnels et d'experts a été constitué pour transférer cette action, donnant naissance à ce coffret.

La mallette relate l'histoire d'un jardin potager peuplé de légumes qui parlent, se déplacent et s'organisent entre eux. Dans le jardin du père Arthur, vivent Chico le chou de Bruxelles, P'tibert la pomme de terre, Gati la tomate, Rak le concombre... qui forment une bande de jeunes légumes qui nous entraînent, au fil de dix histoires, dans différentes aventures. Entre tricherie ou mensonge, peur, mauvaise connaissance de soi et des autres, jalousie, injustice, exclusion... Baba l'aubergine, Chépa la betterave, Pop le maïs, Tif le radis ou encore Cibou la carotte devront trouver leurs propres réponses.

Un dispositif de formation est associé à l'outil (pour tout renseignement : Line Pruvost, Cres Nord-Pas-de-Calais, 13, rue Faidherbe, 59046 Lille cedex).

Co-production Cres Nord-Pas-de-Calais/imagence/Centre de soins infirmiers de Lille Sud. Cres, Lille ; 1 500 FF.

Proposer des petits déjeuners en zone urbaine sensible

Christine Olm

L'auteur, du département Évaluation des politiques sociales du Credoc, présente l'enquête d'évaluation du programme expérimental des petits déjeuners pédagogiques, instaurés en 1996 et mis en œuvre depuis la rentrée scolaire 1997-1998 dans des écoles élémentaires de zones urbaines sensibles par les centres communaux d'action sociale. Ce programme, qui associe dans la mesure du possible les parents et les associations locales, a été initié par l'Union nationale de ces centres, la Direction de l'action sociale (Das), la Direction interministérielle à la ville, la Direction des écoles et le CFES.

Cette action, menée en parallèle avec la distribution de lait dans les écoles, a comme elle pour but de favoriser une prise alimentaire équilibrée, mais aussi, en changeant les attitudes et les représentations, de donner aux enfants et à leurs parents les compétences nécessaires à une modification de leurs comportements de santé et plus particulièrement dans le domaine alimentaire.

L'évaluation demandée par la Das comporte deux volets. Le premier doit faire le bilan au niveau institutionnel des actions menées. Le second a été réalisé par le Credoc pour déterminer les effets du programme sur les bénéficiaires. L'enquête a étudié les comportements et modes de vie des familles interrogées, notamment l'organisation de la vie familiale, les rapports parents-enfants, les rapports à l'école et à la santé. Une typologie des familles a pu ainsi être établie. L'étude a porté ensuite sur la connaissance et la mesure de satisfaction concernant l'opération. Elle s'est intéressée aussi aux modifications des représentations et attitudes, aux changements des rapports avec l'école et aux connaissances acquises en matière de besoins alimentaires.

L'impact de l'opération un an après sa mise en route semble faible sur les comportements, mais son aspect positif sur les connaissances et attitudes montre qu'il faut revoir la place donnée aux parents dans cette action et les moyens à leur proposer pour surmonter les blocages dus aux contraintes de leur vie quotidienne.

Paris : Credoc, coll. des rapports, n° 200, juin 1999, 201 pages, 250 FF.

le Groupe de Recherche en Education pour la Santé (GREPS)
l'Association Départementale d'Education pour la Santé (ADES)
le Réseau Francophone International
pour la Promotion de la Santé (REFIPS)

organisent le



12 ème

Grand Prix Francophone de Promotion de la Santé

*Il récompensera des expériences originales
de promotion de la santé*

1er prix : 25 000 frs et 3 prix de 10 000 frs

Date limite de dépôt des candidatures : 30 juin 2000

Dossiers de candidatures à retirer au Secrétariat du G.R.E.P.S.

A.D.E.S. du Rhône - 71, quai Jules Courmont - 69002 Lyon - France

Tél : 04 72 41 66 01 - Fax : 04 72 41 66 02

E-mail : info@adesr.asso.fr

Soutiens



Office Fédéral Suisse
de la Santé Publique



COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux