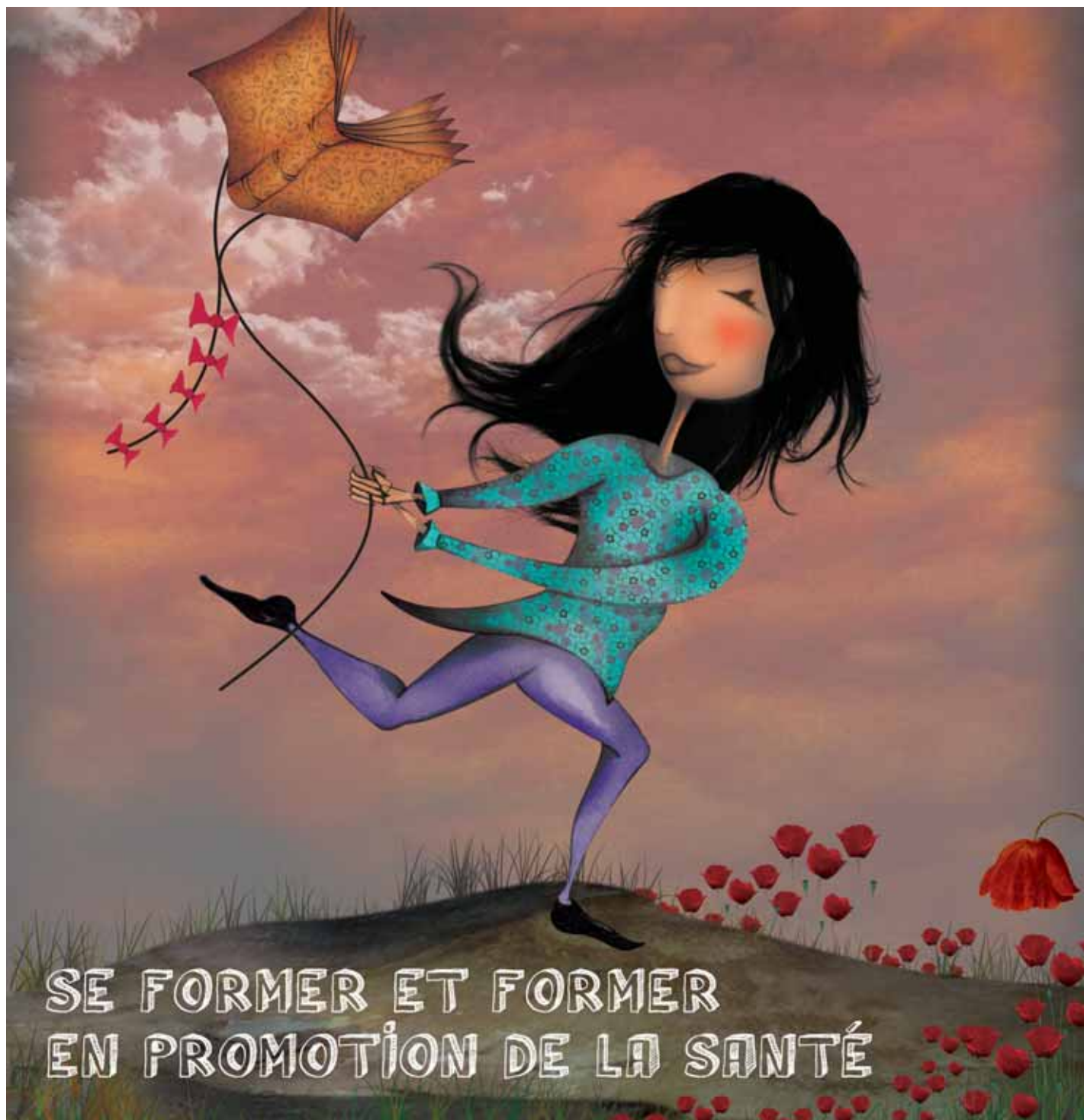


LA Santé

de l'homme



SE FORMER ET FORMER
EN PROMOTION DE LA SANTÉ

Enquête :
évaluation
des politiques
anti-tabac

Formation :
changer le regard
sur **la sexualité**
et le **handicap**

HBSC 2010 :
temps de sommeil
en baisse chez
les 11-15 ans

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

LA Santé
de l'homme

est éditée par :
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
<dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et
Nathalie Houzelle
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<ericlegrand35@orange.fr>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
Études/Enquêtes : **François Beck**
<francois.beck@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aina (Inpes), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Philippe Guilbert** (Inpes), **Zoé Héritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (Inpes), **Colette Menard** (Inpes), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**

Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
N° ISSN : 0151 1998
Dépôt légal : 4^e trimestre 2011
Tirage : 6000 exemplaires

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



Tous les deux mois

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

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

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

Rédigée par des professionnels

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

52 pages d'analyses et de témoignages

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez *La Santé de l'homme* sur Internet

Depuis janvier 2010, tous les numéros publiés sont intégralement accessibles sur le site internet de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

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



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

► ÉTUDE

Une évaluation des politiques de lutte antitabac menées en 2007 et 2008

Romain Guignard, François Beck, Antoine Deutsch 4

Dossier

Se former et former en promotion de la santé

Introduction

Emmanuelle Hamel, Jeanine Pommier 7

Se former à la promotion de la santé : des clés pour comprendre

Emmanuelle Hamel, Jeanine Pommier 10

Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient : une base de données sur les formations universitaires

Stéphanie Regat, Elara Aranha de Lima 12

L'approche par compétences, pour quels changements ?

Cora Brahimi, Céline Farley 15

« En promotion de la santé, le lien entre la recherche et la formation est fondamental »

Entretien avec Eric Breton 18

Éducation et promotion de la santé : bientôt des référentiels aux niveaux français et européen

Jérôme Foucaud, Claire Blanchard, Sara Debenedetti, Barbara Battel-Kirk, Margaret M. Barry 20

La promotion de la santé dans les formations initiales : accompagner le changement

Christine Ferron, Cathy Bourhis 24

Formation pour les acteurs du volet santé de la politique de la ville

Viviane Bayad 26

Autonomie des personnes âgées : une formation en promotion de la santé pour les aides à domicile

Lucette Barthélémy 27

« Aider la personne sur ce qu'elle sait le mieux faire »

Entretien avec Gilles Vangrevelynghé 29

Promotion de la santé et autonomie des personnes âgées : une formation sur mesure pour les aides à domicile

Célia Larochelle, Laurence Boudy 31

Le premier master de santé publique enseigné à distance intègre une spécialité de promotion de la santé

Dominique Billot, Jean-François Collin, Francis Guillemain, Serge Briançon 32

Éducation et promotion de la santé : une formation à distance pour les professionnels du milieu scolaire

Crane Rogers, Dominique Berger 34

Enquête sur la formation en promotion de la santé en Amérique centrale et latine

Hiram Arroyo, Jeanine Pommier 36

« La promotion de la santé nécessite de travailler sur nombre de déterminants »

Entretien avec Cheikh Tidiane Athié 38

Pour en savoir plus

Laetitia Haroutunian, Emanuelle Hamel 40

► QUALITÉ DE VIE

« Faire changer le regard porté sur la sexualité et le handicap »

Entretien avec Jeannine Langleur et Christine Legrand 43

► ENQUÊTE

Une forte baisse du temps de sommeil au cours de l'adolescence

François Beck, Jean-Baptiste Richard, Emmanuelle Godeau, Damien Léger 45

« Internet et le téléphone grignotent le sommeil des jeunes »

Entretien avec Damien Léger 48

► LECTURES

Sandra Kerzanet 49



Illustrations : Alessandra Réach

Une évaluation des politiques de lutte antitabac menées en 2007 et 2008

Une enquête réalisée par l'Inpes et l'INCa, et publiée en octobre 2011, démontre que l'interdiction de fumer dans les lieux ouverts au public, instaurée en 2007 et 2008, a considérablement réduit le tabagisme dans ces lieux collectifs. Par ailleurs, les fumeurs sont de plus en plus favorables à cette interdiction, et une petite partie d'entre eux déclare avoir diminué ou arrêté sa consommation. Par ailleurs, force est de constater que la France reste l'un des pays où les médecins sont le plus en retrait pour conseiller l'arrêt du tabac. D'où l'une des préconisations de cette enquête : renforcer leur rôle dans l'accompagnement des patients, la littérature scientifique démontrant que leurs recommandations se révèlent déterminantes.

En 2006, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Institut national du cancer (INCa) ont collaboré avec l'équipe du projet ITC (*International Tobacco Control*) basée à l'université de Waterloo au Canada, pour la mise en place du projet ITC France. L'objectif était d'exercer un suivi et une évaluation exhaustive des mesures de lutte contre le tabagisme en France, et de comparer ces résultats à ceux obtenus dans la vingtaine de pays participant au projet.

Le projet ITC France a débuté pendant l'élaboration de la législation sur l'interdiction totale de fumer dans les lieux ouverts au public en France (décret Bertrand). Cette interdiction a été introduite en deux temps. En février 2007, il est devenu interdit de fumer dans les lieux de travail, dans les centres commerciaux, aéroports, gares, hôpitaux et écoles. À partir de janvier 2008, l'interdiction a été étendue aux lieux de convivialité (cafés, bars, restaurants, hôtels, casinos et discothèques).

La première vague de l'enquête ITC France s'est déroulée de décembre 2006 à février 2007, avant l'entrée en vigueur de la première étape de l'interdiction de fumer. Les répondants ont ensuite été recontactés après l'application de l'interdiction de fumer de janvier 2008, entre septembre et novembre 2008, pour déterminer et évaluer, entre autres, l'im-

pact des deux étapes de l'interdiction de fumer¹.

Entre les deux vagues de l'enquête, d'autres mesures ont été mises en place en France. En février 2007, a été introduit le remboursement des médicaments d'aide à l'arrêt (substituts nicotiques ou varénicline²) à hauteur de 50 euros par an et par fumeur. En août 2007, le prix du paquet de 20 cigarettes le plus vendu a augmenté de 0,30 euro par paquet (passant de 5 euros à 5,30 euros), et le prix du paquet de tabac à rouler le plus vendu a augmenté de 0,50 euro (passant de 5,50 euros à 6 euros).

L'interdiction de fumer dans les lieux publics plutôt bien acceptée

Les lois françaises pour un environnement sans tabac ont considérablement réduit le tabagisme sur les lieux de travail ainsi que dans les lieux de convivialité.

Avant cette interdiction, 48 % des fumeurs et 55 % des non-fumeurs employés hors de leur domicile déclaraient travailler dans un lieu totalement non-fumeur. Lors de la deuxième vague d'ITC, dix-huit mois après la mise en œuvre de l'interdiction, 80 % des fumeurs et 84 % des non-fumeurs déclarent que leur lieu de travail est devenu totalement non-fumeur.

En outre, les fumeurs et les non-fumeurs déclarent que l'interdiction de

fumer dans les lieux de convivialité est respectée. Avant l'interdiction, il y avait des fumeurs dans pratiquement tous les cafés, pubs et bars : 97 % des fumeurs et 93 % des non-fumeurs avaient constaté la présence de fumeurs à l'intérieur de ces établissements lors de leur dernière visite. Lors de la deuxième vague, huit à onze mois après l'interdiction, la présence de fumeurs à l'intérieur de ces établissements est très rarement rapportée : seulement 4 % des fumeurs et 5 % des non-fumeurs signalent avoir vu des fumeurs lors de leur dernière visite.

L'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation a conduit à une diminution spectaculaire du tabagisme dans les lieux publics. Parallèlement, le soutien de la population à l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité s'est accru. Ainsi, les fumeurs sont de plus en plus nombreux à être favorables à l'interdiction de fumer dans les cafés, les bars et les pubs (60 % en 2008 contre 28 % en 2006) tout comme dans les restaurants (79 % en 2008 contre 51 % en 2006).

Lors de la deuxième vague, 13 % des fumeurs de la cohorte déclarent avoir arrêté de fumer. D'une manière générale, les fumeurs déclarent que les lois antitabac les ont aidés soit à arrêter de fumer et à ne pas reprendre, soit à diminuer leur consommation.

Le tabagisme à domicile en diminution

Le pourcentage de fumeurs et de non-fumeurs qui interdisent de fumer chez eux a augmenté après la mise en œuvre de la loi antitabac. Lors de la première vague, 39 % des non-fumeurs et 23 % des fumeurs interdisaient de fumer à l'intérieur de leur domicile. Lors de la deuxième vague, 50 % des non-fumeurs et 26 % des fumeurs déclarent ne pas accepter qu'on fume chez eux.

Parmi les fumeurs qui continuent à fumer au domicile lors de la deuxième vague, 24 % déclarent qu'ils fument moins de cigarettes à l'intérieur de leur habitation, 68 % en fument autant et 8 % en fument davantage. La loi antitabac a donc été associée non seulement à des réductions spectaculaires du tabagisme dans les lieux publics, mais aussi à une légère réduction du tabagisme à domicile.

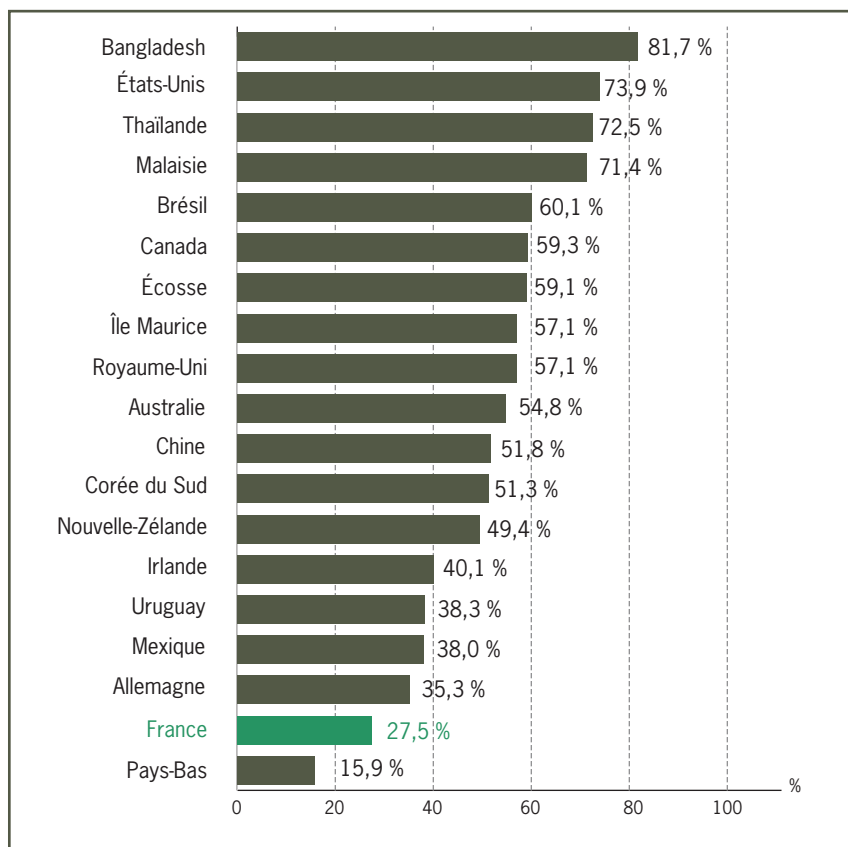
Les conseils des professionnels de santé pas assez répandus

Le rôle de conseil du médecin apparaît crucial pour aider le fumeur à arrêter de fumer. Cependant, la France se classe parmi les derniers des pays participant à l'étude ITC en ce qui concerne la proportion de fumeurs ayant reçu, au cours d'une consultation de routine, des conseils de leur médecin pour arrêter de fumer (Figure 1). Ce résultat fait écho au Baromètre médecins généralistes mené par l'Inpes en 2009, qui montrait que près des deux tiers des médecins généralistes déclarent aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, sans pour autant que ce questionnement soit perçu comme du conseil par les fumeurs (1, 2).

Les trois quarts (75 %) des fumeurs ayant reçu des conseils pour arrêter de fumer déclarent que cet avis les a fait penser à arrêter de fumer, ce qui suggère un certain impact sur les fumeurs qui l'ont reçu.

Les formes les plus courantes d'aide à l'arrêt du tabac fournies aux fumeurs par un médecin ou un professionnel de santé sont les conseils les incitant à arrêter de fumer et la fourniture de brochures : ces types d'aide ont été proposés à respectivement 28 % et 15 % des fumeurs ayant consulté un médecin au cours des six mois précédant la deuxième vague. Les médicaments d'aide à

Figure 1. Pourcentage de fumeurs ayant reçu des conseils pour arrêter de fumer parmi ceux qui ont consulté un médecin, par pays (enquête ITC)



l'arrêt du tabac et les orientations vers des programmes d'arrêt du tabac ont été proposés moins fréquemment : respectivement 7 % et 3 %, même si une légère hausse a été observée pour la prescription de médicaments entre les deux vagues d'enquête.

Les avertissements sur les paquets apparaissent nécessaires

Parmi les mesures mises en place dans la lutte antitabac, le paquet de cigarettes apparaît comme le support d'information sur les risques liés au tabagisme le plus fréquemment mentionné par les fumeurs. Cependant, l'étude montre une diminution de la perception des mises en garde textuelles apposées sur l'emballage : 69 % des fumeurs avaient remarqué la présence de ces avertissements lors de la première vague, seulement 55 % lors de la deuxième vague.

Les avertissements graphiques sur les méfaits du tabac sont devenus obligatoires à partir du 20 avril 2011 sur les paquets de cigarettes, et ils le seront à compter d'avril 2012 sur les autres pro-

duits du tabac. Les résultats des enquêtes ITC dans d'autres pays montrent que les mises en garde illustrées, ayant plus de poids sur le plan émotionnel, provoquent des réactions plus intenses, qu'ils stimulent davantage l'arrêt du tabac et que leur effet persiste plus longtemps que celui des avertissements exclusivement textuels (3).

L'apposition d'images chocs sur les paquets de cigarettes pourrait jouer d'un soutien important du public, car près de la moitié (46 %) des fumeurs français et près des deux tiers (63 %) des non-fumeurs pensent que les paquets de cigarettes devraient comporter davantage d'informations sur la santé.

Un faible impact de la hausse des prix d'août 2007

Lors de la première vague, plus de la moitié (58 %) des fumeurs déclaraient avoir souvent pensé à l'argent dépensé en cigarettes au cours du dernier mois. Ce pourcentage reste relativement inchangé (54 %) dans la deuxième vague, treize mois après l'augmentation des prix en août 2007, alors que le prix constitue une raison d'arrêter de fumer

pour près des deux tiers (63 %) des fumeurs français.

La légère augmentation (6 %) du prix des cigarettes qui a eu lieu en août 2007 (environ 0,30 euro pour le paquet de 20 cigarettes) a eu un impact minime sur l'attitude des fumeurs concernant l'achat de leurs cigarettes, sur leur motivation à arrêter de fumer et sur leur perception du coût du tabagisme. L'augmentation importante du prix des cigarettes en France entre 2003 et 2004 (8 % en janvier 2003, 18 % en octobre 2003 et 9 % en janvier 2004) avait quant à elle entraîné une réduction significative des ventes de cigarettes.

Les implications pour la lutte antitabac en France

Les politiques antitabac en France ont considérablement réduit le tabagisme dans les lieux de travail, les lieux publics et les lieux de convivialité. Le soutien accru des fumeurs et des non-fumeurs aux lois antitabac et le respect de leur application indiquent que les restrictions sur le tabagisme dans les lieux clos en France ont été un succès.

Les résultats de la deuxième vague soulignent aussi les possibilités d'améliorer encore la lutte contre le tabagisme en France :

- continuer de surveiller le respect des lois antitabac dans les lieux de travail et dans les lieux de convivialité. Dix-huit mois après la loi pour des lieux de travail non-fumeurs, entrée en vigueur en février 2007, le pourcentage de fumeurs

dont le lieu de travail est devenu non-fumeur a augmenté de manière spectaculaire. Toutefois, les résultats de la deuxième vague indiquent que le lieu de travail n'est pas totalement non-fumeur pour 17 % des fumeurs et 16 % des non-fumeurs employés à l'extérieur de chez eux. Les lignes directrices de l'article 8 de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Cclat), que la France a ratifiée en 2004, requièrent que tous les lieux de travail clos et couverts soient totalement non-fumeurs. La question du tabagisme sur les terrasses couvertes a par ailleurs été identifiée par l'association Droits des non-fumeurs (DNF) comme un problème concernant le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité. La poursuite de la surveillance, de la mise en application et de l'éducation des propriétaires et du public paraît donc essentielle pour renforcer le soutien en faveur du respect de la législation ;

- évaluer l'impact des avertissements sanitaires graphiques. Les mises en garde sur les paquets de cigarettes sont le support le plus fréquemment identifié pour informer des dangers du tabagisme. Néanmoins, la proportion relativement faible de fumeurs remarquant les avertissements exclusivement textuels légitime *a posteriori* la mise en place des avertissements sanitaires graphiques, davantage convaincants ;

- renforcer le rôle des médecins généralistes dans l'arrêt du tabac de leurs patients, en leur proposant une formation en conseil sur l'arrêt du tabac. De nombreuses études ont montré qu'un conseil

sur l'arrêt du tabac donné par un médecin au cours d'une consultation de routine peut s'avérer efficace (4). Les études de l'OMS et d'autres organismes valident d'ailleurs l'intérêt et l'efficacité de telles interventions (5). Il est donc important de sensibiliser les médecins sur la nécessité d'inclure dans leur pratique de routine le conseil minimum d'arrêter de fumer et de proposer aux fumeurs des traitements ou services pour les y aider (6) ;

- mener des analyses économiques supplémentaires au moyen des données des première et deuxième vagues de l'enquête ITC pour évaluer l'impact du prix du tabac sur la consommation par âge et niveau de revenu. La hausse des taxes sur le tabac et la hausse des prix du tabac sont universellement reconnues comme les instruments les plus efficaces pour en réduire la consommation, en particulier chez les jeunes. Toutefois, il convient de prendre en compte le fait que ces hausses ont peu ou pas d'impact sur la consommation des fumeurs à faibles revenus, comme le souligne notamment le sociologue du risque Patrick Peretti-Watel (*La Santé de l'homme*, n° 403, « La cigarette peut être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance »). Il indique ainsi que, selon nombre de recherches, quand le prix augmente, les fumeurs qui, au départ, ne sont pas capables de réduire leur consommation, vont donc voir leur budget tabac en hausse. Selon d'autres études, les fumeurs très précaires ou issus de milieu populaire préfèrent renoncer à d'autres achats de consommation courante. Un constat à prendre en considération.

► Références bibliographiques

- (1) Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*, 2011, vol. 59, n° 5 : p. 285-294.
- (2) Guignard R., Beck F., Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In : Gautier A., dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 177-201.
- (3) Borland R., Wilson N., Fong G.T., Hammond D., Cummings K.M., Yong H.H. et al. Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. *Tobacco Control*, 2009, vol. 18, n° 5 : p. 358-364.
- (4) Stead L.F., Bergson G., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 2.
- (5) WHO Framework Convention on Tobacco Control (2010). Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation). En ligne : <http://www.who.int/fctc/Guidelines.pdf>
- (6) La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, 2009 : 4 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>

Romain Guignard

Statisticien, chargé d'études et de recherche,

François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques,

direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Antoine Deutsch

Chargé de projet, département de prévention, INCa.

1. Au total, 1 735 fumeurs et 525 non-fumeurs ont été interrogés lors de la première vague de l'enquête ITC, sélectionnés de manière aléatoire. Le taux de réponse à la deuxième vague était de 71 % pour les fumeurs et 79 % pour les non-fumeurs. Les perdus de vue ont été remplacés par de nouveaux participants, portant le nombre de répondants de la deuxième vague à 1 540 fumeurs, 515 non-fumeurs et 164 personnes ayant arrêté de fumer entre les deux vagues.
2. Champix®.

Se former et former en promotion de la santé

La formation, un enjeu pour permettre une implantation plus large et plus durable de la promotion de la santé

À l'échelle internationale et en particulier en Europe occidentale, une amélioration significative de l'état de santé de la population est attestée par de nombreux indicateurs de santé publique. Cependant, ces bienfaits ne se sont pas répartis de manière équitable et l'on constate qu'en pratique, ce sont les groupes sociaux les plus favorisés qui en tirent les plus grands bénéfices.

« Le succès et le plein essor de la promotion de la santé dépendent notamment de la capacité des professionnels et des institutions à agir selon des principes fondamentaux tels que la participation des individus et des populations, une approche positive et globale de la santé agissant à plusieurs niveaux (individuel, social, environnemental). »

Agissant sur les déterminants de la santé et sur les milieux de vie, c'est-à-dire « là où les gens vivent, s'aiment, apprennent, travaillent et jouent », pour reprendre la formule d'Ilona Kickbusch¹, la promotion de la santé constitue une stratégie particulièrement adéquate pour garantir une plus grande équité en matière de santé. La promotion de la santé, c'est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »².

Alors que cette approche de promotion de la santé s'est largement développée dans les pays anglo-



Illustrations : Alessandra Réach

saxons depuis les années 1980, force est de constater qu'elle est peu implantée en France. Son plein essor et son succès dépendent notamment de la capacité des professionnels et des institutions à agir selon des principes fondamentaux tels que la participation des individus et des populations, une approche positive et globale de la santé agissant à plusieurs niveaux (individuel, social, environnemental). La formation constitue donc un levier majeur pour le déploiement de cette approche et l'acquisition des compétences nécessaires à sa mise en œuvre.

Dossier coordonné par **Emmanuelle Hamel**, chef de département Formation et ressources, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes, et **Jeanine Pommier**, enseignant-chercheur, département Sciences humaines et sociales et comportements de santé (SHSC), École des hautes études en santé publique (EHESP), membre du Centre de recherches sur l'action politique en Europe (Crape), UMR 6051.

Toutefois, la place limitée de la promotion de la santé dans le système de santé se retrouve aussi dans les cursus et les enseignements, lesquels affichent majoritairement une approche de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique. Ainsi, la France est caractérisée par une faible offre de formations spécifiquement consacrées à la promotion de la santé ou à tout le moins par une difficulté à rendre visible cette thématique lorsqu'elle est présente dans les formations (*lire l'article de S. Régat p. 12*).

L'approche par compétences, une opportunité pour construire les formations en promotion de la santé ?

Développée dès les années 1970 dans le champ de la formation professionnelle dans les pays anglo-saxons, l'« approche par compétences » (*lire l'article de C. Brahimi et C. Farley p. 15*) constitue actuellement une tendance majeure des réformes pédagogiques. Elle propose de passer d'une logique de transmission de connaissances et de contenus à la mise en œuvre de capacités d'agir en situation professionnelle.

Dans la mesure où il n'existe pas, en France, de métier spécifique en promotion de la santé et que ce sujet mobilise des apports issus de nombreuses disciplines, l'élaboration de référentiels de compétences apparaît pertinente pour contribuer à la structuration des formations. L'accent a été mis dans ce dossier sur l'approche par compétences afin de présenter un panorama des nombreux travaux actuellement en cours en France et surtout au niveau international en Europe, au Québec et en Amérique centrale et latine. La logique de compétences se structure via des référentiels de compétences ; ces derniers peuvent servir de base afin de définir des critères de qualité pour les formations. Ceci peut inclure la mise en place de mécanismes d'accréditation des formations ou des professionnels.

Une diversité de professionnels et d'intervenants concernés

L'objet est ici de montrer en quoi cette approche peut être en phase avec les finalités de la promotion de la santé ; elle n'est toutefois pas la panacée, et il faut prendre garde à ne pas céder à une « illusion simplificatrice » selon la formule de Marcel Crahay³. Ainsi, il convient d'être vigilant sur ses limites, notamment car elle recouvre une diversité de notions, un caractère abstrait qui peut rendre complexe sa mise en œuvre dans les pratiques pédagogiques. Autre risque souligné par certains auteurs : celui d'une dérive utilitariste⁴, c'est-à-dire privilégiant les attentes du marché du travail au détriment d'une approche éducative globale.

La formation en promotion de la santé concerne une multiplicité d'acteurs intervenant dans le domaine de la santé, du social ou de l'éducation

contribuant, à titre principal ou en partie, dans le cadre de leurs fonctions, à des projets de promotion de la santé.

En France, on estime que sont potentiellement concernés 2,5 millions de professionnels en activité dans environ cinquante métiers du secteur médical ou paramédical, de l'action ou de l'intervention sociales, de l'éducation : enseignants, infirmiers, médecins, éducateurs, assistants de service social, responsables administratifs⁵, etc. Ils exercent dans les établissements sco-

laires, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, les administrations, les collectivités territoriales, le secteur associatif, etc. Chaque année, près de deux cent cinquante mille étudiants sont inscrits dans les universités, instituts et écoles pour accéder à ces métiers.

Ce dossier, exclusivement consacré à la formation en promotion de la santé, vise à donner des informations pratiques à l'ensemble de ces profession-

« La formation en promotion de la santé concerne potentiellement 2,5 millions de professionnels en activité dans environ cinquante métiers du secteur médical ou paramédical, de l'action ou de l'intervention sociales, de l'éducation : enseignants, infirmiers, médecins, éducateurs, assistants de service social, responsables administratifs. »

nels, et tout particulièrement aux intervenants ou futurs intervenants en promotion de la santé qui souhaitent s'engager dans une formation initiale ou continue. Il présente ainsi plusieurs exemples d'intégration de la dimension « promotion de la santé » dans des cursus de formation de professionnels de santé, de futurs enseignants ou de professions du secteur social comme les aides à domicile. Il s'adresse également aux formateurs et aux organismes de formation afin de stimuler leur réflexion sur leurs pratiques. Il met notamment en évidence l'impact concret de l'approche par compétences sur les pratiques pédagogiques. Il s'attache plus spécifiquement au contexte français, tout en élargissant l'analyse à la présentation de plusieurs projets internationaux. Dans la mesure où des numéros récents de *La Santé de l'homme* ont abordé la formation des enseignants et des professionnels de l'Éducation nationale, ce thème n'est pas développé dans le présent dossier.

Des pistes novatrices ouvertes par les nouvelles technologies de formation

De nouveaux modes d'apprentissage – notamment via l'enseignement à distance de type *e-learning* – se développent. Le débat est ouvert sur leur capacité à prendre en compte les principes pédagogiques préconisés en promotion de la santé et à aborder certains contenus spécifiques à la promotion de la santé : travail sur les représentations de la santé, participation des apprenants, techniques d'animation de groupes, utilisation d'outils d'intervention en promotion de la santé, caractère pluridisciplinaire et pluri-professionnel de l'apprentissage. Plusieurs expériences présentées éclairent concrètement ces possibilités et les éventuelles limites.

Le développement de l'approche par compétences ainsi que les nouvelles technologies sont ainsi susceptibles d'apporter des éléments de réponse adaptés aux enjeux de la formation « tout au long de la vie » en proposant un *continuum* d'apprentissages et une diversité de modalités de formation.

Actuellement, la dynamique de formation en promotion de la santé s'amplifie en France. La création, en 2010, d'une chaire Inpes/EHESP spécifiquement dédiée à la promotion de la santé (*lire*

l'entretien avec E. Breton p. 18) constitue ainsi un signe fort de la volonté de développer cette approche. Ce mouvement est en phase avec les évolutions en cours au niveau européen qui donnent lieu à l'élaboration d'un référentiel de compétences dans le cadre du projet CompHP.

D'ores et déjà, une offre de formations est accessible sur le territoire national ; la liste régulièrement mise à jour sur le site de l'Inpes permet d'identifier les formations universitaires diplômantes, DU et masters (*lire l'article de S. Régat p. 12*). Mais d'autres modalités de formation existent. Ce numéro en présente quelques-unes, en particulier en formation continue, permettant de répondre aux enjeux de qualité des pratiques professionnelles.

**Emmanuelle Hamel
et Jeanine Pommier**

1. Kickbusch I. Promouvoir la santé par l'éducation des adultes. *Hambourg, Confitea*, 1997 : p. 295. En ligne : http://www.unesco.org/education/uie/confitea/pdf/Fra_6b.pdf

2. Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986 : 3 p.

En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

3. Crahay M. Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de la compétence en éducation. *Revue française de pédagogie*, 2006, n° 154 : p. 97-110.

4. Jonnaert P., Barrette J., Boufrah S., Masciotra D. Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 2004, vol. 30, n° 3 : p. 667-696.

5. *Ces professions correspondent majoritairement aux professions définies et réglementées dans le Code de la santé publique, le Code de l'action sociale et des familles et le Code de l'éducation.*

Se former à la promotion de la santé : des clés pour comprendre

En France, plusieurs milliers de professionnels de la santé, du social et de l'éducation ont, parmi leurs missions, celle de promouvoir la santé des populations. Définition de la promotion de la santé, différences avec la prévention et l'éducation pour la santé, intérêt de la formation. L'essentiel en cinq questions-réponses.

Qu'est-ce que la promotion de la santé ?

La promotion de la santé est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (1). Le cadre de référence de la promotion de la santé est la Charte d'Ottawa, adoptée en 1986 et complétée par plusieurs chartes et déclarations successives. Dans cette approche, la santé est envisagée de façon globale et positive en termes de bien-être et de qualité de vie et non en termes de risques ou de pathologies. Elle est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie. Cette conception de la santé est considérée par de très nombreux experts – par exemple Ilona Kickbusch – comme une des grandes révolutions de la santé publique (2). Agissant sur les déterminants individuels et environnementaux de la santé¹ et prenant en compte les milieux de vie, la promotion de la santé constitue une stratégie particulièrement adéquate pour garantir une plus grande équité en matière de santé, parce qu'elle apporte des changements aux milieux de vie pour améliorer la situation des populations. Cet enjeu demeure très important car, malgré l'importante amélioration de l'état de santé de la population attestée par de nombreux indicateurs de santé publique, on constate qu'en pratique, ce sont les groupes sociaux les plus favorisés qui en tirent les plus grands bénéfices.

Quels sont les axes d'intervention en promotion de la santé ?

La Charte d'Ottawa définit trois stratégies essentielles :

- sensibiliser à la santé pour créer les conditions favorables à la santé ;
- conférer à tous des moyens pour réaliser pleinement leur potentiel santé ;
- utiliser la médiation (au sens de concertation) entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé.

Agir en promotion de la santé signifie donc que l'on s'inscrit dans les cinq domaines d'action suivants :

- contribuer à construire une politique publique qui vise à inscrire des mesures respectueuses de la santé dans divers secteurs (législation, fiscalité, organisation des services, etc.) ;
- créer des milieux favorables à la santé (environnement, conditions de vie et de travail) ;
- renforcer l'action collective/communautaire en donnant la possibilité aux différents groupes de participer à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé ;
- développer des aptitudes individuelles en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les compétences psychosociales pour donner aux personnes les moyens de faire des choix favorables à leur propre santé ;
- réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux, mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat.

Parmi les experts en promotion de la santé, Jean-Pierre Deschamps a proposé quelques éléments de relecture de cette charte ainsi que des stratégies de la charte dans un contexte de mondialisation (4).

Depuis la Charte d'Ottawa, l'OMS a publié de nombreux travaux sur la promotion de la santé. Dernière déclaration en date, celle effectuée à l'issue de la conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé qui s'est tenue à Rio de Janeiro, au Brésil, du 19 au 21 octobre 2011. Cette déclaration insiste à nouveau sur la prise en compte des déterminants socio-environnementaux pour promouvoir la santé des populations (5).

Quelles sont les différences entre les notions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ?

L'approche préventive, apparue au XIX^e siècle et au début de XX^e, se base historiquement sur une vision hygiéniste de la santé, vision qui a évolué depuis. Elle vise à anticiper un risque et à faire le nécessaire dans le but de l'éviter. Schématiquement, elle consiste à empêcher l'apparition d'une maladie ou à retarder son évolution. Elle met l'accent sur le rôle des professionnels de santé qui proposent des actions (par exemple vaccination, dépistage) pour la population générale ou en direction de personnes ou de populations qui présentent des facteurs de risques identifiables.

La promotion de la santé quant à elle porte fondamentalement sur l'action en direction des déterminants de la santé que sont : « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (6). Elle concerne les facteurs individuels comme les comportements en matière de santé et les modes de vie, mais également les déterminants sociaux (revenu, éducation, emploi, etc.) et environnementaux (services,

environnement physique, etc.). Cette approche combine des actions politiques, législatives, éducatives et organisationnelles. Elle ne se limite pas aux institutions et professionnels de la santé et doit interpeller tous les secteurs en mesure d'influer sur les déterminants sociaux de la santé comme le réaffirme la Commission des déterminants sociaux de la santé (7).

L'éducation pour la santé est généralement inscrite dans une approche de promotion de la santé dont elle constitue une des modalités d'action, constat valable pour la France. Concrètement, « *l'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie qui favorisent la santé des individus et des communautés* » (8).

Dispose-t-on de preuves attestant de l'efficacité de la promotion de la santé ?

L'analyse des programmes et des pratiques ne va pas sans difficultés en raison de la complexité des actions, de la multiplicité des acteurs impliqués et du rôle déterminant du contexte. Néanmoins, il existe de nombreuses données probantes sur des interventions efficaces en promotion de la santé. À titre d'illustration, l'étude Icaps (9) récemment menée en France a démontré scientifiquement l'efficacité d'une stratégie de promotion de l'activité physique auprès des jeunes (c'est d'ailleurs sur cette base que l'Inpes soutient et accompagne le déploiement de projets de ce type). Elle s'appuyait sur un modèle socio-écologique agissant simultanément au niveau des individus, de leur entourage social et de leur environnement. Dans le milieu scolaire, plusieurs études montrent que les actions qui privilégient le travail sur les déterminants de santé et sur l'acquisition de compétences ont un impact plus important sur les élèves issus des milieux défavorisés (10). Un autre exemple porte sur la santé mentale. Un numéro spécial de la revue *Promotion & Education* de l'Union internationale de promotion de la santé montre l'efficacité de différentes interventions (11).

Pourquoi se former en promotion de la santé ?

Le succès de cette approche, impulsée dans les années 1980 au niveau international, dépend de la capacité des professionnels et des institutions à agir selon un modèle socio-écologique prenant en compte les déterminants individuels et sociaux et s'appuyant sur la mobilisation des populations. L'élaboration et la mise en œuvre d'actions répondant à des critères de qualité en promotion de la santé nécessitent la maîtrise de modèles et d'outils adaptés, le développement des capacités pour un travail intersectoriel, la définition d'un cadre éthique d'intervention, ainsi que la réflexion sur la prise en compte d'enjeux nouveaux liés à la promotion de la santé.

La formation initiale et continue est un levier majeur pour permettre l'acquisition de ces compétences qui concernent différents types de professionnels et s'appuient sur des contenus issus de plusieurs disciplines : santé publique, sciences humaines et sociales, etc. La formation répond à un double enjeu qui s'exprime :

- à un niveau collectif, pour garantir la qualité des actions et l'adéquation du service rendu aux besoins des populations ;
- à un niveau individuel, pour un développement des capacités des intervenants professionnels, leur offrant la possibilité de progresser et de se préparer à des évolutions de leur métier ou de leur carrière.

Emmanuelle Hamel

Chef du département Formation et ressources, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Jeanine Pommier

Enseignant-chercheur, département SHSC, École des hautes études en santé publique (EHESP), membre du Centre de recherches sur l'action politique en Europe (Crape), UMR 6051.

1. Ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres (3).

► Références bibliographiques

- (1) Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : OMS, 1986 : 3 p. En ligne : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129676/Ottawa_Charter_F.pdf
- (2) Kickbusch I., Payne L. Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. *Health Promotion International*, 2003, vol. 18, n° 4 : p. 275-278.
- (3) Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 30.
- (4) Deschamps J.-P. Une « relecture » de la Charte d'Ottawa. *Santé publique*, 2003, vol. 15, n° 3 : p. 313-325.
- (5) *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro, Brésil, 21 octobre 2011. En ligne : <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
- (6) Organisation mondiale de la santé. *Glossaire de promotion de la santé*. Genève : OMS, 1999 : p. 7. En ligne : www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf
- (7) Organisation mondiale de la santé. *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2009. En ligne : whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- (8) Organisation mondiale de la santé. *Glossaire de promotion de la santé*. Genève : OMS, 1999 : p. 5. En ligne : www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf
- (9) Rostan F., Simon C., Ulmer Z. dir. *Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2011 : 188 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1347/pdf
- (10) Jourdan D. *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 160 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1272/pdf
- (11) Jané-Llopis E., Barry M., Hosman C., Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, 2005, vol. 12, suppl. n° 2 : p. 9-25.

Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient : **une base de données sur les formations universitaires**

Depuis 2004, l'Inpes recense les formations en promotion de la santé, éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient dans une base de données qui vient d'être mise à jour et comporte aujourd'hui quarante et une formations universitaires diplômantes. L'offre de formation en promotion de la santé s'est donc enrichie de nouveaux cursus mais reste toutefois en deçà des attentes en ce domaine.

Les formations diplômantes en promotion de la santé (PS), en éducation pour la santé (EPS) et en éducation thérapeutique du patient (ETP) suscitent de nombreuses demandes, émanant à la fois de professionnels et d'étudiants. Au carrefour de plusieurs disciplines, ces formations s'adressent à un public large, parfois international, issu des secteurs sanitaires, éducatifs et sociaux.

L'une des missions confiées à l'Inpes par la loi est de définir, tous les cinq ans, les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités fixées par le décret du 16 janvier 2006. Accroître la visibilité de l'offre des formations existantes en éducation pour la santé, et plus largement en promotion de la santé et en éducation thérapeutique du patient, constitue l'une des actions spécifiques menées dans ce cadre.

Informer les étudiants et les professionnels

Pour ce faire, le site Internet de l'Inpes consacre une rubrique au recensement des formations universitaires diplômantes dispensées en France (DU et masters)¹. L'objectif de cette base de données est de regrouper en un point unique toutes les formations disponibles et de les présenter aux étudiants et aux professionnels désireux de se former dans ces champs. Les formations identifiées sont présentées sous forme d'une fiche descriptive synthétique détaillant : le type de diplôme, la ville, l'université de rattachement, le

public concerné, le programme, le déroulement, les modalités d'admission, les modalités de validation, le coût, les coordonnées de la structure susceptible de fournir des renseignements, et, enfin, un lien Internet vers une présentation plus détaillée de la formation.

La première mise en ligne de cette base des données a été effectuée en 2004. Un an plus tard, on comptabilisait environ 18 000 visiteurs uniques et 42 000 pages vues. En 2010, le nombre de pages vues s'élevait à 56 600 pages et en 2011 à 52 000. Ces chiffres témoignent d'une demande forte et croissante des usagers du site Internet de l'Inpes pour cette offre de services.

Compte tenu de la création de nouvelles offres de formation, il était devenu nécessaire de réitérer cette démarche d'état des lieux global. Ce recensement a été réalisé en 2011 en deux temps :

- le premier pour réactualiser l'existant, en prenant contact avec les responsables pédagogiques pour la mise à jour des fiches présentes sur le site ;
- le second afin d'identifier les nouvelles formations.

Mise à jour et incrémentation de nouvelles formations : méthodologie

Le recensement des formations a été réalisé à partir du croisement de différentes sources :

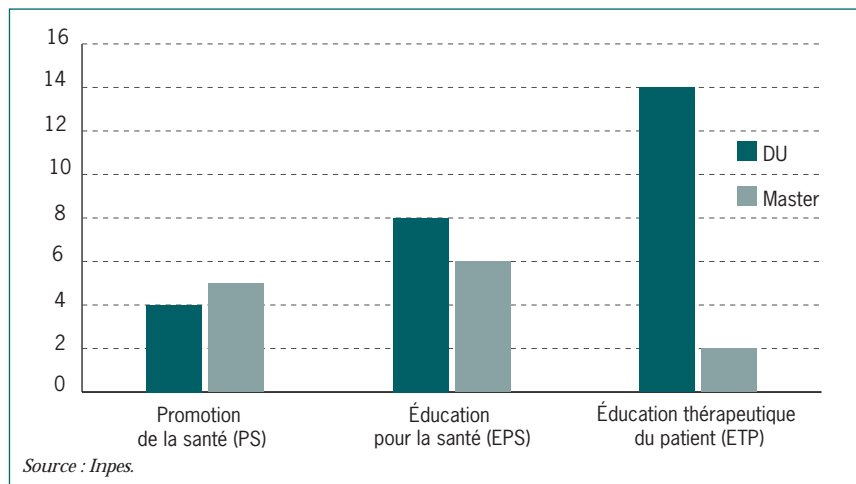
- les bases de données existantes (site Internet des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé, site de la SFSP, de l'EHESP, de l'Onisep) ;
- la recherche systématique de formations auprès des facultés de médecine (département santé publique) et des facultés en sciences humaines et/ou sociales (psychologie de la santé, sociologie de la santé, sciences de l'éducation).

Pour caractériser l'éligibilité de la formation à la base de données, deux critères conjoints ont été retenus :

- l'intitulé de la formation doit comprendre l'un des termes suivants : « santé » ; « éducation pour la santé » ; « promotion de la santé » ; « éducation thérapeutique » ; « prévention » ; « santé publique » ; « actions de santé » ; « pratiques de santé » ; « démarche de projet en santé » ; « politique de santé » ; « information, communication en santé » ; « santé communautaire » ; « santé et développement » ;
- le contenu de la formation doit comporter au moins une unité d'enseignement (UE)² qui intègre dans son intitulé les termes suivants : « éducation pour la santé » ; « promotion de la santé » ; « éducation thérapeutique ».

Chacune des formations ainsi identifiées a, par la suite, fait l'objet d'une recherche complémentaire sur Internet. La fiche descriptive a alors été renseignée à partir des informations dispo-

Figure 1. Répartition des formations selon leur thématique principale



nibles et fait l'objet d'une validation par le responsable de la formation.

Le choix a été fait de sélectionner des formations généralistes. Aussi, ne sont pas présentes dans la base les formations axées autour d'une thématique précise (une pathologie ou un thème de santé).

Une pluralité de l'offre

À ce jour, quarante et une formations universitaires diplômantes ont été recensées. Parmi elles, vingt-quatre diplômes universitaires (DU) et dix-sept masters. La majorité de ces formations est destinée à la fois à des étudiants en formation initiale et à des professionnels en exercice dans le cadre de la formation continue. Toutefois, quelques DU accueillent uniquement des professionnels. La répartition géographique est loin d'être homogène : seules dix-neuf régions disposent d'une formation diplômante, onze d'entre elles proposant un niveau master.

Par ailleurs, il faut noter qu'un master et un DU sont proposés intégralement en *e-learning* ; trois autres masters proposent une modalité d'enseignement mixte.

Les DU étant habilités par les universités elles-mêmes, leurs contenus et modalités d'organisation sont plus souples que ceux des masters, qui nécessitent une habilitation nationale par le ministère de l'Enseignement supérieur³. La durée des formations est très variable pour les DU : entre 96 et 280 heures (360 heures par an pour un

master). Les modalités d'enseignement sont adaptées à un public de professionnels : en général un à deux jours par mois sur une année. La formation inclut parfois un stage imposé, très court.

L'éducation thérapeutique en pointe

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) constitue la thématique la plus fréquente, avec huit nouveaux DU parmi ceux récemment créés (figure 1). Cette progression témoigne de l'impact de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), qui, à travers le décret et les arrêtés du 2 août 2010, inscrit l'éducation thérapeutique dans le parcours du patient et décrit les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. « *L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.* »⁴

Les DU en ETP ont un caractère spécifique à plusieurs niveaux : essentiellement proposés en formation continue, ils s'adressent principalement à des professionnels de santé : médecins, pharmaciens et paramédicaux.

Les masters s'adressent à un public plus large, à la fois d'étudiants en formation initiale et de professionnels issus de secteurs d'activité variés : sanitaire en majorité, mais aussi associatif

et social. Pour la moitié des masters présentés, la promotion de la santé, l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique constituent une spécialité abordée uniquement en 2^e année ; il s'agit majoritairement de masters en santé publique. Tous imposent un stage pratique, en général durant le dernier semestre, d'une durée de quatre à six mois en moyenne.

Formations en promotion de la santé

Actuellement en France, quatre DU et six masters intègrent dans leur intitulé la notion de « promotion de la santé ». On retrouve dans ces différents cursus deux matières communes : l'éducation pour la santé et la méthodologie de projet (planification, investigation, évaluation). Les autres matières sont plus spécifiques à chaque diplôme et davantage développées dans les masters que dans les DU : approche sociologique de la santé, modèles éducatifs, acquisition de connaissances techniques (méthodes d'investigation quantitatives et qualitatives). Cette différence d'approche est en général liée à la discipline dominante de la faculté de rattachement : davantage de méthodologie en investigation en santé publique, plus de développement autour des modèles éducatifs en sciences de l'éducation par exemple.

Quelles compétences en promotion de la santé ?

Dans le cadre d'un mémoire de master (1), Elara Aranha de Lima s'est intéressée aux compétences développées dans les formations en promotion de la santé en France. En s'appuyant sur les travaux du projet compHP (2) qui définit les compétences de base en promotion de la santé⁵, elle a procédé à une analyse des contenus de formation de onze masters, puis interrogé les responsables pédagogiques.

Son étude montre que parmi les onze masters, sept affichent explicitement une formation en promotion de la santé, les quatre autres étant plutôt liés à l'éducation pour la santé. Quand on analyse les compétences développées dans ces formations au regard du référentiel compHP, on constate que deux compétences parmi les dix sont assez peu investies : il s'agit du *plaidoyer* ou du *leadership*.

La dernière actualisation par l'Inpes de sa base de données des formations universitaires diplômantes met donc en avant une offre accrue dans le champ de l'éducation thérapeutique. En promotion de la santé, de nouvelles formations, généralistes, ont été créées, mais elles restent encore peu nombreuses en France. Ce sont essentiellement des formations destinées à l'insertion dans la vie professionnelle. En outre, les contenus de formation sont relativement hétérogènes selon les disciplines des facultés d'appartenance.

Cependant, d'autres modalités de formation de plus courte durée existent pour les acteurs de la promotion de la santé, et participent aussi au développement des compétences sur ce champ. C'est le cas notamment de l'Université d'été de Besançon, des journées d'études et des formations proposées par différentes structures telles que l'Inpes, l'EHESP, la SFSP, les pôles

régionaux de compétences en éducation pour la santé, etc.

Stéphanie Regat

Chargée de mission, département Formation et ressources, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Elara Aranha de Lima

Stagiaire à la Chaire de promotion de la santé dans le cadre de sa formation dans le master Éducation à la santé en milieu scolaire de l'Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand.

1. <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEps/liste.asp>
2. Une unité d'enseignement (UE) est un ensemble d'enseignements (matières) organisé d'une manière pédagogique cohérente et dispensé en semestre.
3. Le contenu des enseignements, l'encadrement enseignant prévu, la finalité (professionnelle ou recherche), les modalités de contrôle de connaissance, d'entrée et de progression sont définis par chaque université puis soumis à habilitation auprès du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche pour une durée de trois à cinq ans.

► Références bibliographiques

- (1) Aranha de Lima E. *Formations en promotion de la santé en France : quelles compétences développent-elles ?* Mémoire de master, université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand, master Éducation et santé publique, spécialité Éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes, 2011.
- (2) Dempsey C., Battel-Kirk B., Barry M.M. *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook*. Health Promotion Research Centre National University of Ireland Galway, 2011 : 32 p.

4. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient (art. 2).
5. Le cadre de référence du projet CompHP sur le développement des compétences et référentiels professionnels pour le renforcement des capacités en promotion de la santé décline dix compétences de base (lire l'article p. 20) : connaissances de base/plaidoyer pour la santé/activer le changement/communication/médiation par le partenariat/leadership/évaluation/planification/mise en œuvre/évaluation et recherche.

Les formations diplômantes, région par région

Voici la liste des formations diplômantes universitaires recensées par l'Inpes dans sa base de données, accessible à l'adresse suivante :

<http://www.inpes.fr/FormationsEps/liste.asp>

Aquitaine

- DU : Méthodes et pratiques de la promotion de la santé (Bordeaux)/Principes de l'intervention en promotion de la santé (Bordeaux)
- Master : Psychologie de la santé (Bordeaux)/Promotion de la santé et développement social (Bordeaux)/Évaluation des actions et des systèmes de santé (Bordeaux)

Auvergne

- Master : Éducation et santé publique, Éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes (Clermont-Ferrand)

Basse Normandie

- DU : Chargé de projet en éducation pour la santé (Hérouville-Saint-Clair)

Bourgogne

- DU : Édu-santé, les éducations en santé : de l'éducation pour la santé à l'éducation thérapeutique du patient (Dijon)

Bretagne

- DU : De l'information à la concordance : l'éducation du patient (Brest)
- Master : Psychologie, parcours « Psychologie sociale et communautaire de la santé » (Rennes)

Centre

- DU : Éducation pour la santé (Chartres, Tours)/Éducation thérapeutique (Chartres, Tours)
- Master : Biologie, santé, alimentation, spécialité « Promotion et gestion de la santé », option

« Prévention, éducation et promotion de la santé » (Tours)

Franche-Comté

- DU : Éducation thérapeutique (Besançon)

Haute-Normandie

- Master : Sciences de l'éducation spécialisation « Métiers de la formation », parcours « Ingénierie de l'éducation thérapeutique » (Rouen)

Île-de-France

- DU : Éducation thérapeutique et maladies ostéoarticulaires (Paris)/Éducation thérapeutique et accompagnement dans les maladies chroniques (Paris)/Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques (Paris)/L'éducation en santé, un outil de la prévention (Bobigny)

- Master : Sciences et technologies, mention rééducation et ingénierie médicale, spécialité « éducation thérapeutique » (Paris)/Méthodologie des interventions en santé publique (Saint-Quentin-en-Yvelines)/Éducation clinique et santé, spécialisée éducation et santé (Bobigny)

La Réunion

- DU : Éducation pour la santé : formation des patients atteints d'une maladie chronique (Sainte-Clotilde)

Languedoc-Roussillon

- DU : Éducation pour la santé des patients, éducation thérapeutique (Montpellier)/Formation des professionnels de santé à l'éducation pour la santé des patients (Montpellier)
- Master : Prévention, éducation pour la santé, activité physique (Montpellier)

Limousin

- Master : Prévention et éducation du patient – maladies chroniques (Limoges)

Lorraine

- DU : Projet en promotion de la santé (Nancy)
- Master : Santé publique et environnement, spécialité « Intervention en promotion de la santé » (Nancy)

Midi-Pyrénées

- DU : Éducation pour la santé (Toulouse)/Éducation thérapeutique (Toulouse)

Nord-Pas-de-Calais

- DU : Éducation du patient (Lille)
- Master : Pratiques et politiques locales de santé (Villeneuve d'Ascq)/Métiers de l'éducation pour la santé, de la prévention et de la promotion de la santé (Lille)

Pays de la Loire

- DU : Éducation thérapeutique du patient (Angers)/Prévention et promotion de la santé (Nantes)

Picardie

- DU : Des concepts à la pratique : le sujet malade, la chronicité et l'alliance thérapeutique (Amiens)

Provence-Alpes-Côte d'Azur

- DU : Éducation thérapeutique du patient et maladie chronique (Nice)
- Master : Prévention et éducation pour la santé (Marseille)

Rhône-Alpes

- DU : Éducation pour la santé (Lyon)
- Master : Promotion et éducation pour la santé (Lyon)

L'approche par compétences, pour quels changements ?

Les théories comportementalistes (behaviorisme) puis les théories constructivistes ont fortement marqué le monde de l'éducation et de la formation. Ces paradigmes, porteurs de valeurs et de croyances, sont des cadres de référence qui déterminent la construction du savoir ; ils ont leur propre vision de l'apprentissage. L'appréhension de ces théories mène vers la compréhension de l'évolution des pratiques éducatives et de la formation continue, ainsi que vers la mise en œuvre de pédagogies actives.

Un peu de théorie : les évolutions pédagogiques à partir du behaviorisme

Pour les behavioristes, l'apprentissage est vu comme une modification des comportements, le comportement étant une manifestation objectivement observable et mesurable de l'activité d'une personne. L'objectivisme stipulant qu'il existe une réalité externe, objective, séparée de la conscience, est une croyance fondamentale des behavioristes. L'apprentissage a lieu grâce à des stimuli externes, l'apprenant est de ce fait un être plastique et plutôt passif. Afin de comprendre l'impact du behaviorisme en éducation, rappelons rapidement quelques recherches.

Pavlov (1849-1936) est à l'origine de la théorie du conditionnement classique. Par la célèbre expérience du chien conditionné¹, il démontre la plasticité de

l'organisme par le lien de deux stimuli, l'un inconditionnel ou imposé par la nature et l'autre conditionnel. Thorndike (1874-1949) poursuit les travaux de Pavlov critiqués, entre autres, par l'impossibilité d'expliquer l'apparition de nouveaux comportements. Thorndike développe la théorie du connexionnisme et démontre ainsi que l'apprentissage s'effectue par essais et erreurs, et qu'il se renforce par la répétition et par les récompenses : c'est *la loi de l'effet*. Il montre ainsi qu'une satisfaction peut modifier le comportement d'un organisme. En s'appuyant sur cette théorie du renforcement et de la punition, Skinner (1904-1990) développe la théorie du conditionnement opérant, à l'origine de l'enseignement programmé.

Ce mode de formation est découpé en petites étapes. Celles-ci sont suivies

d'un questionnement vérifiant la bonne compréhension de l'apprenant qui est soit dirigé vers un complément d'information, soit invité à poursuivre son apprentissage en passant à la prochaine unité. En développant l'enseignement programmé, Skinner a permis d'élaborer une méthode pédagogique qui influencera fortement la conception de systèmes d'apprentissage.

L'approche par objectifs (APO) est l'une des applications pédagogiques les plus visibles du behaviorisme. Elle a pris son essor grâce aux travaux de Bloom qui, en 1956, établit la taxonomie (classification des niveaux d'acquisition des connaissances) des objectifs pédagogiques du domaine cognitif, psychomoteur et affectif. Cette classification sera largement utilisée en enseignement programmé puis en technologie de l'éducation. En 1962, Robert Mager propose une définition précise de la pédagogie par objectifs. L'objectif pédagogique doit contenir un verbe d'action qui décrit la performance attendue de l'apprenant, une description des conditions de réalisations et les critères de performance. De nos jours, cette approche est encore très présente dans certaines institutions, mais semble désormais obsolète en raison de l'évolution des sciences cognitives, du progrès des technologies de l'information de la communication (TIC) et du changement de la société actuelle.

Les principales critiques

Le morcellement des connaissances et la difficulté des apprenants à les transférer dans diverses situations sont les principales critiques de l'approche par

L'approche par les compétences se développe dans les formations

Aborder le sujet de la formation en promotion de la santé suppose d'une part, de définir le champ de la promotion de la santé de façon à préciser l'objet spécifique de la formation et, d'autre part, de prendre connaissance des évolutions actuelles dans le domaine de la formation en général afin de pouvoir appréhender leur impact éventuel sur l'enseignement en promotion de la santé.

L'article ci-contre de Cora Brahimi et Céline Farley (INSPO) retrace les grandes lignes des évolutions pédagogiques récentes et expose plus précisément en quoi consiste l'approche par les compétences (APC) en formation, de plus en plus largement répandue depuis les années 90 dans l'espace francophone. Cette approche modifie la compréhension des pratiques éducatives et propose de raisonner non plus en termes de connaissances et de transfert de contenus thématiques mais en termes de compétences et de construction de situation d'apprentissage. Les auteures, québécoises, apportent une illustration basée sur leur expérience qui concerne la santé publique. Cette contribution sur un domaine proche de la promotion de la santé peut utilement éclairer la réflexion des formateurs dans ce domaine.

Emmanuelle Hamel et Jeanine Pommier



objectifs. Plus précisément, l'obligation d'associer un objectif à chaque tâche conduit à une prolifération d'objectifs pédagogiques et ce découpage en petites unités abordées selon une suite logique et progressive ne permet pas une vision d'ensemble de la formation. Plusieurs auteurs (1-3) relèvent des lacunes importantes dans les habiletés intellectuelles de « haut niveau » telles que la résolution de problème, l'argumentation et l'analyse critique. L'approche par objectifs se focalise sur le contenu et sur l'accumulation des connaissances. Pour M.-F. Legendre (4), ces connaissances sont souvent des connaissances inertes étant donné l'incapacité de l'apprenant à les réutiliser de façon fonctionnelle et judicieuse dans d'autres situations. Pour M. Lebrun (5), elles sont inertes parce qu'elles ne sont pas contextualisées et de ce fait difficilement mobilisables. Quant au système d'évaluation, G. Scallon (3) note que la manifestation observable étant une des caractéristiques essentielles du behavior-

isme, l'accent est mis sur des évaluations partielles souvent associées à une tranche de connaissances bien particulières. Les questions à choix multiples, largement utilisées, posent le problème de leur efficacité lorsqu'il s'agit d'évaluer un ensemble plus global.

À titre d'exemple, au cours des années 1960, les programmes en éducation médicale se sont adaptés à l'APO. Pour D.-Q. Nguyen et J.-G. Blais (6), clarifier les intentions pédagogiques et spécifier les performances désirées rendaient cette approche intéressante. Toutefois, après un engouement considérable, les formateurs se sont heurtés rapidement aux difficultés de son application sur le terrain (liste d'objectifs, morcellement des apprentissages).

Constructivisme : vers une approche par compétences

À l'opposé du behaviorisme, le principal fondement du constructivisme repose sur l'idée que l'apprentissage est

le résultat de l'activité d'un être actif. L'apprenant construit ses connaissances au cours de ses propres expériences, dans l'action et en situation. Ce courant de pensée est né principalement des travaux de Piaget (1896-1980). Ces recherches montrent que le savoir n'est ni inné, ni transmis par l'environnement, c'est le résultat de l'adaptation continue du sujet à la réalité à connaître. Face à un problème nouveau, un sujet tentera de le résoudre en utilisant les outils intellectuels qu'il possède : c'est l'assimilation. S'il n'arrive pas à le résoudre par cette stratégie, il modifiera alors son activité intellectuelle, processus qu'on appelle l'accommodation. En résumé, lorsqu'il y a un déséquilibre dû à la rencontre d'un problème, le sujet va tenter de réduire ce déséquilibre. Il construira des structures mieux adaptées, et ainsi créera les conditions de son propre progrès cognitif. L'apprentissage est de ce fait le résultat d'un processus dynamique de recherche d'équilibre entre le sujet et son environnement.

La compétence est un savoir-agir complexe et collectif

Le socio-constructivisme, prolongement du constructivisme, est né des travaux du psychologue Vygotsky (1896-1934) qui est à l'origine de la théorie socio-historique. Cette approche met particulièrement l'accent sur le rôle socio-historique et les interactions sociales dans la construction des connaissances.

Cette vision de l'apprentissage bouleverse le concept de compétence qui, désormais, est défini comme un savoir-agir complexe². Ce changement de paradigme a un impact considérable sur plusieurs éléments du système de formation en général, et de ce fait sur la formation professionnelle continue (élaboration des référentiels de compétences évolutifs, stratégies pédagogiques innovantes, utilisation des nouvelles technologies éducatives, création de communautés de pratique, travail en équipe et en réseau, souplesse des structures, compétences collectives, etc.).

Pour G. Le Boterf (7), la performance des organisations actuelles dépend de leur capacité à fonctionner comme un réseau de compétences. En raison de la complexification des situations professionnelles et du développement de l'économie du savoir, les compétences

individuelles à elles seules ne sont plus suffisantes. Toutefois, le développement des compétences collectives suppose un environnement qui favorise le partage d'informations et de connaissances, le travail d'équipe, l'interdisciplinarité et le travail en réseau.

La tendance est donc aux organisations apprenantes qui, selon Senge, « *sont des lieux où les personnes augmentent continuellement leur capacité à créer les résultats souhaités, où l'apprentissage de chacun est favorisé, où les aspirations collectives sont encouragées et dans lesquels les individus apprennent continuellement à apprendre ensemble* » (8).

Dans la pratique... Le cas de la santé publique au Québec

Au Québec, une dynamique de changement, due entre autres au caractère novateur du programme national de santé publique (9), interpelle chacun des acteurs. Les forces individuelles et le potentiel collectif sont désormais des leviers pour une amélioration continue du système. De nombreux projets sont en cours, dont l'élaboration de référentiels de compétences dans plusieurs domaines (santé au travail, santé environ-

nementale, gestion de la responsabilité populationnelle, etc.). Ces outils s'intègrent dans un mouvement global de développement des compétences tout le long de la vie et à partir d'une réflexion sur ce changement de paradigme (10).

À titre d'exemple, le référentiel de santé environnementale³ se présente comme un outil évolutif, constitué de quatre compétences et de l'ensemble des ressources susceptibles d'être mobilisées pour faire face aux situations rencontrées dans la pratique quotidienne. Mais, au-delà des résultats, c'est le processus d'élaboration du référentiel qui retient l'attention.

Considérant la définition de J. Tardif² comme base de réflexion, un comité de réflexion, interdisciplinaire, représentatif de la diversité du domaine, s'est penché sur l'élaboration de l'outil. Partant du principe que les situations professionnelles sont vécues par les acteurs de terrain, c'est dans le milieu, en engageant ces personnes dans un processus de réflexion de leur propre pratique, qu'elles ont été recueillies. Le référentiel a été bâti de façon itérative, grâce à l'enrichissement des réflexions aussi bien lors des rencontres que lors des valida-

tions. Cette expérience qui a permis l'émergence de la connaissance dans l'action et en interaction avec le milieu est tout à fait socioconstructiviste.

La littérature scientifique montre que, malgré les multiples avantages du socioconstructivisme, la difficulté d'implanter ce nouveau paradigme dans certains milieux est réelle. Cette approche dérange les habitudes, les routines et suppose une connaissance des fondements de ce paradigme. Il est question également de changement planifié et décidé par les gestionnaires au cours duquel les acteurs de terrain sont souvent exclus du processus. D. P. Dash (11) note qu'aux États-Unis, par exemple, les réformes de l'éducation se succèdent depuis les années 1980 et sont devenues une véritable politique en dépit du fait que de nombreuses enquêtes montrent qu'il y a de manière générale une insatisfaction et de la résistance face à ces réformes planifiées. C'est pourquoi l'implication des acteurs dans tout le processus ainsi qu'un accompagnement vers le changement sont nécessaires.

Conclusion

La remise en question du morcellement de la connaissance (découpage en disciplines et en matières) et les limites de la pensée linéaire dont l'origine est en partie le behaviorisme, sont toujours d'actualité. Les réflexions et les recherches récentes tentent d'appréhender la complexité du monde actuel et, de ce fait, s'orientent vers une pensée plus systémique, des structures plus souples, des organisations moins linéaires, moins hiérarchisées et plus de collaboration. Le développement des compétences n'est plus orienté essentiellement vers l'individu, l'organisation elle-même doit être apprenante et doit ainsi favoriser l'apprentissage collectif.

Cora Brahimi

Chef de projet *e-learning*,

Céline Farley

Chef d'unité développement des compétences, Institut national de la santé publique du Québec, Canada.

► Références bibliographiques

- (1) Legendre M.-F. Lev Vygotsky et le socioconstructivisme en éducation. In : *La pédagogie : théories et pratiques de l'Antiquité à nos jours*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 2^e édition, 2005 : p. 333-349.
- (2) Tardif J. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation, 2006 : 384 p.
- (3) Scallon G. *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Saint-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique inc., 2004 : 346 p.
- (4) Legendre M.-F. *Sens et portée de la notion de compétence dans le nouveau programme de formation*. Université de Montréal, 2001.
- (5) Lebrun M. *Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre. Quelle place pour les TIC dans l'éducation ?* Bruxelles : De Boeck, coll. Perspectives en éducation et formation, 2007 : 176 p.
- (6) Nguyen D.-Q., Blais J.-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale*, 2007, vol. 8, n° 4 : p. 2-22.
- (7) Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'organisation, 2006 : 272 p.
- (8) Senge P., Gauthier A. *La cinquième discipline. L'art et la manière des organisations qui apprennent*. Paris : First Éditions, 1992 : 464 p.
- (9) Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- (10) Brahimi C. *L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 2011 : 77 p. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1228>
- (11) Dash D.P. Current debates in action research. *Systemic practice and action research*, 1999, vol. 12, n° 5 : p. 457-492.

1. Une boulette de viande fait saliver un chien naturellement, par réflexe, mais si la viande offerte est précédée à chaque fois d'un son de cloche, le chien salive dès qu'il entend le son de la cloche.

2. La compétence est un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (Tardif, 2006).

3. Publication à venir.

Entretien avec Éric Breton, titulaire d'un doctorat en santé publique (promotion de la santé) de l'Université de Montréal, titulaire de la chaire Inpes « promotion de la santé » à l'École des hautes études en santé publique, Rennes.

« En promotion de la santé, le lien entre la recherche et la formation est fondamental »

« En France, il existe peu de formations en promotion de la santé et les besoins des professionnels ne sont pas couverts », constate Éric Breton, titulaire de la toute nouvelle chaire de promotion de la santé, créée au sein de l'École des hautes études en santé publique en septembre 2010, avec la collaboration et le financement de l'Inpes. Cet expert souligne l'impératif de croiser recherche et formation, c'est-à-dire pratiques de terrain, enquêtes et connaissances, pour soutenir le développement de la promotion de la santé.

La Santé de l'homme : Vous êtes chercheur en santé publique et formateur. En quoi votre chaire vous permet-elle d'intervenir sur ces deux volets ?

Mon activité de chercheur et celle de formateur ne sont pas incompatibles, bien au contraire. Les deux se nourrissent par l'apport de nouvelles connaissances et par les résultats des échanges entre ces deux disciplines. Cette chaire a cette double mission, la recherche et la formation. Elle a pour ambition, d'une part, de mieux comprendre ce qui se fait sur le terrain pour mieux analyser les points forts de la promotion de la santé et, d'autre part, de porter ces pratiques à la connaissance des professionnels. Avec les professionnels qui viennent se former à la chaire, nous dressons l'état des lieux des options qu'ils souhaitent choisir. Avec les chercheurs, nous déterminons les programmes sur lesquels nous allons travailler. C'est ainsi que nous mettons en place un agenda de recherche sur les milieux favorables à la santé. Les activités d'enseignement et de recherches sont progressivement montées en charge tout au long de l'année 2011 en se concentrant sur les sujets des inégalités sociales de santé, des déterminants de la santé, de la construction des politiques publiques de promotion de la santé en général et plus particulièrement en matière de prévention de l'obésité,

de promotion de l'activité physique et de lutte contre le tabagisme.

S. H. : Concrètement, comment intervenez-vous ?

Il n'y a pas de diplôme spécifique « promotion de la santé » délivré par la chaire ; les enseignements sont dispensés au sein de l'EHESP et j'interviens donc dans le cadre des formations de l'EHESP. Je suis responsable de deux modules de formation :

- dans le cadre du certificat en promotion de la santé, je coordonne le module « Prendre en compte les inégalités sociales et de santé dans un programme de promotion de la santé ». Ce cursus dure une semaine en formation continue ;
- dans le cadre de notre *Master of Public Health*, je dirige le module « *Health Promotion and Health Education* », d'une durée d'une semaine, ouvert à un public international.

Par ailleurs, j'interviens dans d'autres formations de l'EHESP ainsi qu'à l'extérieur, par exemple pour l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. J'interviens aussi régulièrement auprès des professionnels de différentes structures telles l'Anpaa, la Ligue contre le cancer, la Société française de santé publique, la MGEN, etc. Ces interventions visent principalement à démystifier la promotion de la santé.

S. H. : Pouvez-vous illustrer cette complémentarité entre recherche et formation par un exemple de programme ?

Nous élaborons, à l'échelle d'une région, un programme de recherche interventionnelle en promotion de la santé pour améliorer la santé d'une population défavorisée type. Nous avons déjà beaucoup écrits sur ce sujet. Nous savons, par exemple, que pour atteindre cet objectif, nous devons intervenir à la fois sur les connaissances des milieux, des pratiques ou des absences de pratiques de santé, des habitudes culturelles mais aussi sur les connaissances des environnements, c'est-à-dire les milieux de vie. Une action efficace, en termes de promotion de la santé, c'est aussi intervenir sur ce que nous appelons les déterminants de santé : l'environnement, le cadre de vie, le social, les aspects culturels, etc. Il n'y aura pas d'amélioration réelle sur la santé des individus si une action forte ne se développe pas sur cet aspect. Tous les programmes de promotion de la santé conseillent aux personnes dites « à risques » d'adopter des comportements plus sains : bouger, manger des fruits et des légumes, marcher, etc. Comment faire si les infrastructures permettant ce type de comportement sont absentes ? Comment informer ces populations sensibles si la chaîne de l'information

n'existe pas ? Nous devons, comme chercheurs et formateurs, poser la question des principaux enjeux en matière de promotion de la santé, apporter des réponses pratiques et opérationnelles et les faire connaître.

S. H. : Les personnes les moins favorisées ne risquent-elles pas de rester à l'écart de la promotion de la santé ?

C'est justement ce risque que nous combattons : nous développons une approche qui s'adresse davantage aux populations qu'aux groupes à risques. L'enjeu est d'apporter des changements aux milieux de vie – pour améliorer la vie de tous – tout en ayant une très grande vigilance pour que les groupes vulnérables vivent les améliorations les plus significatives. C'est ce que Michael Marmot désigne dans son rapport sur les déterminants sociaux de la santé comme l'« universalisme proportionnel » (*proportionate universalism*). En d'autres termes, on vise tout le monde mais tout en s'assurant que les inégalités se réduisent entre les plus vulnérables et les autres groupes plus favorisés.

S. H. : Cette nécessaire complémentarité recherche et formation est-elle délaissée ?

Je veux être prudent dans ma réponse. Je suis canadien d'origine. Travaillant en France sur ces sujets depuis à peine plus d'un an, je crains que ma connaissance du contexte national soit un peu rudimentaire. Mais je constate toutefois qu'il existe peu de formations en promotion de la santé. Il me semble donc qu'il y a des besoins en formation qui ne sont pas couverts. Qu'est-ce qui fait qu'une population X soit, comme on dit chez moi, « plus en santé » qu'une population Y ? Sur cette question, j'ai le sentiment que les professionnels français se concentrent davantage sur l'analyse des comportements que sur celle des fameux déterminants sociaux et environnementaux. Pourtant, je le redis, il y a beaucoup de littérature et une recherche abondante sur ces sujets. Mais, dans ma pratique professionnelle, il m'arrive souvent de travailler avec ces mêmes professionnels qui, pour beaucoup d'entre eux, ignorent la problématique des déterminants sociaux.



S. H. : Cette méconnaissance est-elle le résultat d'un manque de formation ?

Oui, au niveau universitaire, il y a très peu de programmes sur les milieux de vie. C'est bien pour cette raison que le lien entre la recherche et la formation est fondamental. Je crois, comme beaucoup de chercheurs, à ce lien. Je pense très sincèrement que sans terrain, sans cette compréhension du milieu avec toutes ses interactions, nous ne pouvons pas installer une recherche digne de ce nom. Le terrain fait remonter les questions, nous fait rencontrer les acteurs de la santé. C'est tout le pilier central de notre agenda de recherche.

S. H. : Vous faites partie d'un consortium européen de formation. Quel est son objectif ?

Ce consortium européen de formation sur la promotion de la santé et de la santé publique, *European Training Consortium in Public Health - Health Promotion (ETCPH-HP)*¹, créé il y a plus

de vingt ans, a pour objectif de former de nouvelles générations de professionnels à une approche européenne sur les stratégies de promotion de la santé. Plus de dix universités de pays de l'Union européenne font partie de ce réseau. Son axe principal de travail est la référence à la Charte d'Ottawa et ses principes d'actions. Des dizaines de collègues sont en contact et réfléchissent ensemble, échangent leurs pratiques et ainsi, c'est important, font évoluer le concept même de promotion de la santé.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste.

¹. Chaque année, l'European Training Consortium in Public Health - Health Promotion (ETCPH-HP) organise une université d'été avec un thème spécifique comme fil conducteur. En 2011, à Zagreb, en Croatie, le sujet était l'approche de promotion de la santé tout au long de la vie (life-course approach). La prochaine université aura lieu en 2012 à Wrexham au pays de Galles.

Éducation et promotion de la santé : bientôt des référentiels aux niveaux français et européen

Quelles compétences doit avoir un professionnel de la santé, de l'éducation ou du social pour faire de l'éducation pour la santé ou promouvoir la santé des personnes auprès desquelles il intervient ? Pour la première fois, un référentiel européen sur la promotion de la santé liste ces compétences. Rédigé par plusieurs partenaires dont l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (Uipes) – et financé par l'Union européenne –, il est disponible en ligne¹. La publication d'un autre référentiel, rédigé par l'Inpes, sur l'éducation pour la santé en France est attendue courant 2012.

Des intervenants compétents, avec les connaissances, les aptitudes et la capacité de traduire les politiques et les résultats de recherches en actions, sont indispensables pour une formation et une pratique efficaces en promotion de la santé au niveau mondial (1-5). L'identification des compétences clés nécessaires pour ces acteurs est fondamentale pour développer de bonnes pratiques (1-3, 5). Dans ce cadre, deux référentiels de compétences, aux niveaux européen et français, sont développés avec l'objectif de montrer les similarités et les différences entre ces deux démarches parallèles, ainsi qu'entamer une réflexion sur les bénéfices mutuels qui pourraient être obtenus à travers le développement de plus larges synergies.

Le projet européen CompHP

Dans le contexte européen, la promotion de la santé est en pleine évolution, et elle implique un nombre croissant d'acteurs de diverses disciplines. Il est donc nécessaire de :

- définir un socle de compétences représentatif et spécifique à la promotion de la santé ;
- atteindre un consensus sur les compétences essentielles que doivent acquérir ces acteurs, ce qui favorisera une pratique unifiée.

Le projet Développement des compétences et référentiels professionnels pour le renforcement des capacités

en promotion de la santé en Europe (CompHP)² vise à :

- identifier les compétences des différents intervenants en promotion de la santé, œuvrant à titre principal dans ce domaine, et titulaires d'une qualification de premier ou de second cycle universitaire ;
- développer des référentiels professionnels et un système d'accréditation des formations pour la pratique et la formation initiale et continue en promotion de la santé en Europe. Ce projet, financé par l'Agence exécutive de l'Union européenne pour la santé et les consommateurs³, rassemble vingt-quatre partenaires⁴. CompHP définit les « compétences » comme « *une combinaison des connaissances, aptitudes, capacités et valeurs essentielles à la pratique de la promotion de la santé* » et les « compétences clés » comme « *la plus petite série de compétences qui constituent une base commune pour l'ensemble des fonctions de la promotion de la santé* » (6). Les compétences clés sont fondées sur des principes et des concepts de promotion de la santé et de la réduction des inégalités en santé mis en exergue dans la Charte d'Ottawa (7) et les autres déclarations de l'OMS⁵.

Méthode pour l'identification des compétences

Les compétences clés⁶ ont été définies par des experts à travers un large processus de consultations incluant une

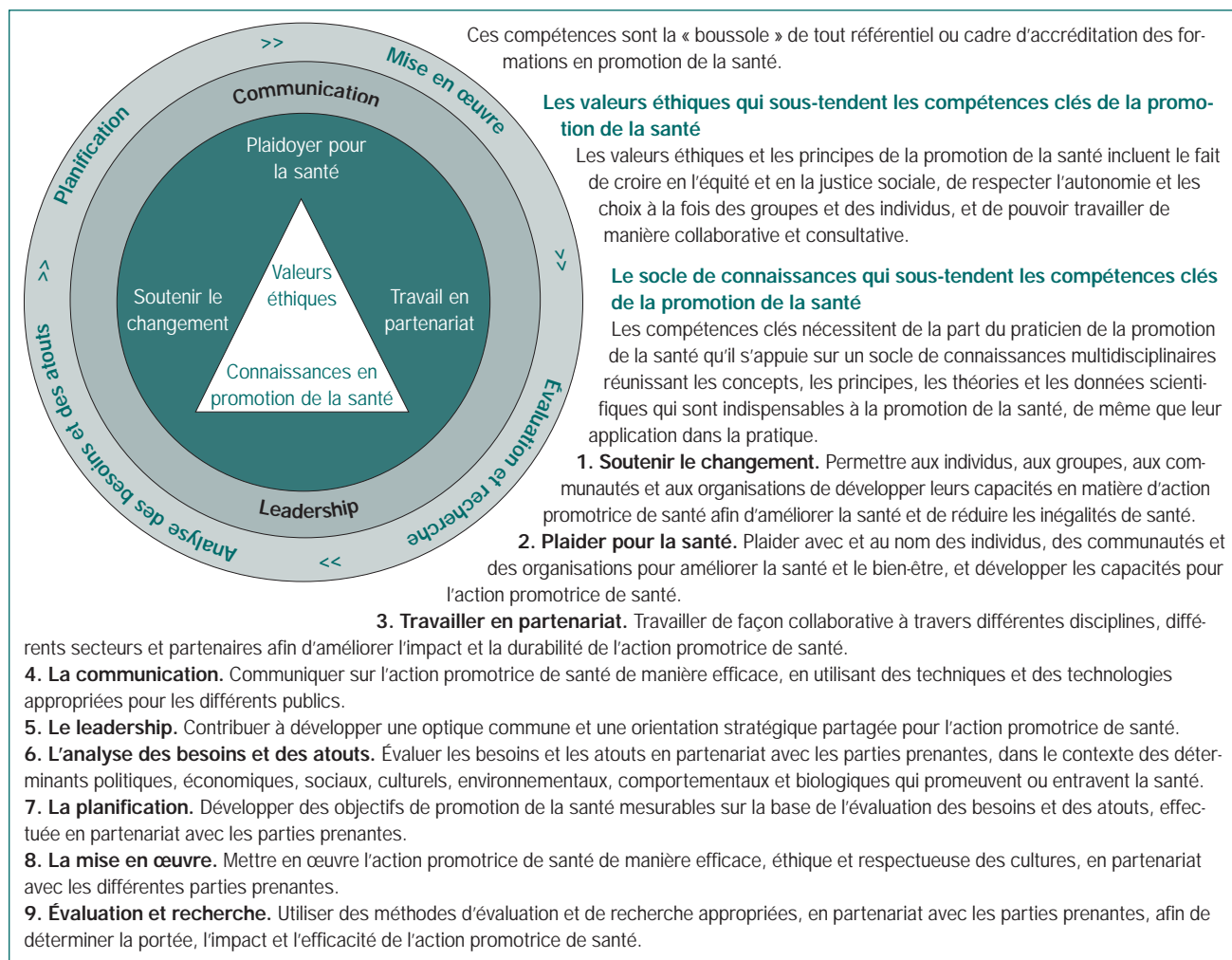
revue de la littérature internationale en promotion de la santé (8) qui a abouti à la rédaction d'un document préliminaire. Ce document a ensuite été perfectionné et validé à travers la méthode Delphi⁷ (9-11) avec la contribution d'experts européens, suivis par des groupes de discussion dirigée et des consultations en ligne avec les parties prenantes en promotion de la santé en Europe. Les partenaires et un panel consultatif d'experts internationaux ont conseillé chaque étape de ce processus.

Utilité et changements escomptés

Le cadre CompHP de compétences clés vise à :

- l'identification des besoins pour le développement professionnel et la formation ;
- la constitution d'une base pour une pratique responsable et de qualité, ainsi que pour le développement de référentiels professionnels et de systèmes d'accréditation ;
- une meilleure communication et un travail d'équipe grâce à un langage commun et une compréhension partagée des concepts et pratiques essentielles en promotion de la santé ;
- une mise en œuvre des services de promotion de la santé efficaces, équitables et respectueux d'une éthique ;
- un déploiement de formations initiales et continues en promotion de la santé fondées sur de telles compétences ;
- une base pour guider le développe-

Figure 1. Cadre de référence des compétences clés pour la promotion de la santé (Projet européen CompHP)



ment de profils de poste, le processus de recrutement et l'évaluation de performance ;

- une plus grande reconnaissance et validation de la promotion de la santé comme champ spécialisé ;
- une meilleure mobilité professionnelle et géographique grâce à une compréhension partagée des qualifications et, le cas échéant, entre systèmes d'accréditation fondés sur ces compétences.

Le cadre CompHP de compétences essentielles en promotion de la santé

Ce cadre (figure 1) comprend neuf domaines de compétences correspondant à des dimensions spécifiques de la pratique en promotion de la santé : soutenir le changement, plaider pour la santé, travailler en partenariat, la communication, le leadership, l'analyse des besoins et des atouts, la planification, la mise en œuvre, l'évaluation et la

recherche. Chaque domaine décrit des compétences en définissant les aptitudes requises pour sa pratique. Deux autres domaines de compétences, les valeurs éthiques et une base de connaissances en promotion de santé, sous-tendent les autres.

En France : un référentiel de compétences en éducation pour la santé bientôt disponible

Depuis sa création en 2002, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a pour mission d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire français. La loi du 9 août 2004 a confié une mission supplémentaire à l'Institut : arrêter, tous les cinq ans, les programmes de formation à l'éducation pour la santé. Le décret du 16 janvier 2006 prévoit que ces programmes soient établis après avis du comité national de santé publique et sur proposition d'un comité consultatif, celui-

ci étant chargé de formuler des recommandations sur le contenu des programmes. Bien que la formation apparaisse comme un vecteur incontournable du déploiement de l'éducation pour la santé sur le territoire national, elle est peu structurée. Dans les formations initiales des professionnels médicaux, paramédicaux et de l'enseignement, on observe une hétérogénéité importante des contenus et un manque de formalisation des compétences attendues dans ce domaine (12, 13). Le référentiel offre un outil souple, favorable aux développements de compétences et à la cohérence des pratiques et des formations en éducation pour la santé.

Fort de ces constats, le comité consultatif a donc entrepris de réaliser ce référentiel de compétences à destination des acteurs et formateurs de l'éducation pour la santé. Objectif : identifier les compétences permettant

d'assurer une mission d'éducation pour la santé dans le cadre de l'exercice de métiers très divers relevant de l'éducation, de la santé ou du social ; environ cinquante métiers sont concernés⁸.

Une élaboration en quatre étapes

Ce référentiel de compétences a été élaboré à partir d'une adaptation de la méthode d'« emploi-type étudié dans sa dynamique » (ETED), qui permet une étude structurée du travail (14). L'élaboration du référentiel s'est déroulée en quatre étapes :

- cadrage général du projet (mai à septembre 2010) ;
- recueil des données auprès de 126 professionnels : 48 pour le secteur sanitaire, 35 pour le secteur social, 27 pour celui de l'Éducation nationale,

16 pour des secteurs transversaux comme les coordinateurs de projets intervenant dans des structures dédiées à l'éducation pour la santé (septembre 2010 à janvier 2011) ;

- analyse des données et construction du référentiel avec le comité consultatif (janvier à juillet 2011) ;
- organisation de la concertation et de la validation du référentiel : concertation avec les acteurs professionnels et institutionnels compétents en matière de développement de l'éducation pour la santé et de politique de formation professionnelle dans le champ concerné (juillet 2011 à janvier 2012).

Le référentiel décrit le champ de l'éducation pour la santé, la notion de compétences, la démarche méthodologique utilisée, les professionnels

concernés, l'environnement professionnel (cadre d'exercice), la mission et les fonctions des intervenants en éducation pour la santé. Le référentiel est construit autour d'une mission centrale, de quatre fonctions et de onze compétences (*Tableau 1*). Chaque fonction correspond à des compétences définies dans l'exercice professionnel. Plusieurs exemples concrets dans les champs de l'éducation, du sanitaire et du social sont présentés.

Utilité de ces compétences : quels changements attendus ?

Le référentiel se compose d'une version synthétique en six pages et d'une version détaillée. Il permet de penser la formation dans ce domaine avec l'objectif de formaliser des référentiels de formation dans une logique de compé-

Tableau 1. Mission, fonctions et compétences en éducation pour la santé du référentiel français en cours d'élaboration

MISSION			
Dans le cadre de son activité professionnelle habituelle, seul ou en équipe, l'intervenant en éducation pour la santé mobilise des ressources pluridisciplinaires et met en place des actions ou des projets éducatifs pour aider des personnes ou des groupes à prendre conscience des postures ou attitudes favorables à leur santé, ainsi qu'à les aider à s'approprier des techniques et des démarches en vue d'agir sur leur mode de vie et leur environnement.			
Fonction 1	Fonction 2	Fonction 3	Fonction 4
Repérage et analyse des situations qui pourront donner lieu à une action éducative pour maintenir et préserver la santé	Aide individualisée permettant une prise de conscience et un engagement éventuel dans une démarche d'éducation pour la santé	Organisation et mise en œuvre d'actions collectives dans le cadre d'une démarche d'éducation pour la santé	Développement des pratiques professionnelles nécessaires à la mise en œuvre d'actions en éducation pour la santé
Compétences requises pour tenir la fonction			
Compétence 1.1 Questionner ses propres représentations et ses modes de fonctionnement sur l'éducation pour la santé	Compétence 2.1 Amener les personnes, dans le cadre d'une relation individuelle, à identifier leurs représentations, besoins et ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé	Compétence 3.1 Concevoir une démarche d'éducation pour la santé en collaboration avec d'autres acteurs professionnels	Compétence 4.1 Échanger entre pairs pour analyser ses pratiques professionnelles
Compétence 1.2 Situer les enjeux d'éducation pour la santé au regard de son terrain d'intervention professionnelle	Compétence 2.2 Inciter les personnes, éventuellement dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire, à engager des actions pouvant contribuer à la préservation de leur santé	Compétence 3.2 Inciter les personnes, dans un cadre collectif, à identifier leurs conceptions, besoins et ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé	Compétence 4.2 Suivre et évaluer les actions réalisées
Compétence 1.3 Ajuster sa compréhension des problématiques des personnes ou des groupes en matière d'éducation pour la santé en tenant compte de leurs situations concrètes d'existence et de leurs représentations		Compétence 3.3 Mettre en œuvre et animer des actions avec des groupes de personnes visant à la préservation de leur santé	Compétence 4.3 Entretenir et perfectionner ses savoirs professionnels en matière d'éducation pour la santé

tences. Basé sur les pratiques des professionnels et sans caractère normatif, il présente un ensemble de repères qui contribuent à décrire les situations de travail de référence et les exigences requises pour un emploi-métier donné ou un espace professionnel défini, et à faciliter l'intégration des compétences attendues en éducation pour la santé dans l'activité et les compétences de chaque profession concernée. Le référentiel, actuellement en cours de finalisation, sera disponible courant 2012.

Pour conclure

Les deux référentiels de compétences démontrent l'intérêt actuel – à la fois dans le contexte européen et natio-

nal – d'une formalisation des compétences attendues dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé afin de garantir une formation et des pratiques de qualité. Ils partagent les valeurs communes et les principes éthiques de la promotion de la santé. De telles démarches soulignent l'importance d'une large consultation des intervenants en promotion de la santé et en éducation pour la santé pour qu'ils puissent s'approprier ce référentiel et les compétences clés identifiées. L'initiative européenne est un levier d'action, en renforçant la reconnaissance de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé comme champs spécifiques, et en

apportant une dimension supranationale au processus d'identification des compétences clés. Et le travail effectué au niveau européen doit s'articuler avec les contextes nationaux pour être efficace et se concrétiser par un système d'accréditation des formations au niveau européen, adapté aux différentes réalités locales.

Jérôme Foucaud

Chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Claire Blanchard

Chargée de mission,

Sara Debenedetti

Assistante de projets,

Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé,

Barbara Battel-Kirk

Coordinatrice du projet CompHP

et consultante indépendante,

Margaret M. Barry

Directrice de projet CompHP

et professeur en promotion de la santé

et santé publique, Département de la

promotion de la santé, National University

of Ireland, Galway (Irlande).

► Références bibliographiques

(1) Allegrante J.P., Barry M.M., Airhihenbuwa C.O., Auld M.E., Collins J.L., Lamarre M.C., et al. Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus Conference Statement. *Health Education & Behavior*, 2009, vol. 36, n° 3 : p. 476-482.

(2) Barry M.M. Capacity Building for the future of health promotion. *Promotion and Education*, 2008, vol. 15, n° 4 : p. 56-58.

(3) Battel-Kirk B., Barry M.M., Taub A., Lysoby L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promotion*, 2009, vol. 16, n° 2 : p. 12-20.

(4) Organisation mondiale de la santé. *Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion*. 7th Global Conference on Health Promotion. World Health Organisation, 2009, Geneva.

(5) Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé. *Déterminer l'avenir de la promotion de la santé : Priorités d'action*. Paris : UIPES, 2007.

(6) Dempsey C., Battel-Kirk B., Barry M.M. *Cadre de référence CompHP des compétences clés en promotion de la santé*. Paris : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, 2011.

(7) Organisation mondiale de la santé. *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève, 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

(8) Dempsey C., Barry M.M., Battel-Kirk B. *Developing Competencies for Health Promotion*. Executive Agency for Health and Consumers : National University of Ireland, Galway, 2010.

http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHP_LiteratureReview-Part1.pdf

http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHPLiteratureReviewPartIIAppendices.pdf

(9) Slocum N. *Méthodes participatives : un guide pour l'utilisateur*. Delphi, Fondation Roi Baudouin, 2006 : 110 p.

http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/FR/PUB_1600_Outil_6_Delphi.pdf

(10) Booto Ekionea J.-P., Bernard P., Plaisent M. *Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances*.

[http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero29\(3\)/RO_29\(3\)_Booto-et-al.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero29(3)/RO_29(3)_Booto-et-al.pdf)

(11) Luxinnovation G.I.E., Agence nationale pour la promotion de l'innovation et de la recherche au Luxembourg. *Méthode Delphi*. <http://www.innovation.public.lu/fr/ir-entreprise/techniques-gestion-innovation/conception-produits-services/090202-Methode-Delphi-vers-fran.pdf>

(12) Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. *État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Évolutions, 2008, n° 10 : 6 p.

(13) Jourdan D., De Peretti C., Victor P., Motta D., Berger D., Cogérino G., et al. La formation des enseignants en IUFM : état des lieux et perspectives. In : Jourdan D., dir. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : éditions universitaires du sud, coll. École et santé, 2004 : p. 185-203.

(14) Mandon N. *Analyser le sens et la complexité du travail : la méthode ETED*. Paris : L'Harmattan, 2009 : 316 p.

1. http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP/CompHP_compétences_FR.pdf

2. *Le projet CompHP s'étale sur trois ans (de 2009 à 2012)*.

3. *L'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs - EAHC (anciennement Agence exécutive pour la santé publique) a été créée en 2005 pour soutenir la mise en œuvre du programme de santé publique de l'Union européenne. En 2008, l'existence de l'Agence a été prolongée jusqu'à fin 2015 et ses tâches ont été étendues aux domaines de la protection des consommateurs et de la formation pour une alimentation plus saine. Son nouveau mandat inclut la mise en œuvre du programme de santé, du programme relatif à la politique des consommateurs et de l'initiative en faveur d'une meilleure formation pour des aliments plus sains de l'Union européenne*.

<http://ec.europa.eu/eahc/documents/about/AboutFR.pdf>

4. *Information sur les partenaires et le panel consultatif* : <http://www.iuhpe.org/index.html?mode=&n=&page=614&lang=fr>

5. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

6. *Un rapport complet sur le processus de développement des compétences est disponible* : http://www.iuhpe.org/uploaded/European_Consensus_on_Core_Compétences_for_HP.pdf

7. *Méthode/technique Delphi : processus utilisé pour recueillir et diffuser les jugements d'experts en utilisant une série de questionnaires sur un sujet précis afin de mettre en évidence les convergences et les consensus*.

8. *À titre d'exemple, on peut citer : diététicien, infirmier, médecin, conseiller principal d'éducation, infirmier scolaire, professeur des écoles, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur spécialisé, etc.*

La promotion de la santé dans les formations initiales : accompagner le changement

Depuis 2008, le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne¹ apporte un appui aux organismes locaux de formation initiale. Son objectif est d'inscrire la promotion de la santé dans ces formations pour renforcer les aptitudes nécessaires des futurs professionnels de la santé, du social et de l'éducation et leur permettre de conduire des actions dans une approche globale de la santé des personnes.

Il existe des enjeux spécifiques au développement de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé en formation initiale. En effet, ces deux domaines d'intervention en santé publique ne constituent pas des métiers reconnus, mais concernent des pratiques ou des fonctions mises en œuvre par les professionnels de l'action sanitaire, sociale ou éducative : sage-femme, aide-soignant, infirmier, assistant du travail social, enseignant, conseiller en éducation sociale et familiale, etc.

Légitimité, pluridisciplinarité, articulation : trois enjeux

L'éducation et la promotion de la santé dans les cursus de formation initiale répondent à trois enjeux fondamentaux.

Le premier est de conforter la légitimité des futurs professionnels à intervenir dans le cadre de ce double registre, au regard du métier auquel ils se destinent. Il s'agit donc de renforcer leur identité professionnelle « de base » en y intégrant des compétences en éducation et promotion de la santé, sans pour autant chercher à former des experts. Par exemple : un travailleur social n'a pas pour mission la prise en charge des problèmes d'addiction d'une personne ; pour autant, il doit prendre en compte cet aspect comme déterminant pour l'insertion de cette personne. De même, un infirmier qui intervient pour des soins auprès d'une personne sans domicile fixe doit être attentif au contexte de vie (habitat précaire, pas ou peu de ressources, etc.),

car la qualité et l'efficacité des soins en seront amplifiées.

Le deuxième enjeu concerne l'appropriation, par les futurs professionnels, des modalités de travail en pluridisciplinarité, en réseau et en partenariat. Ces approches privilégiées en éducation et promotion de la santé peuvent aussi structurer les contenus et les démarches de formation.

Le troisième enjeu concerne les modalités d'organisation des contenus de formation. Il s'agit pour les organismes de formation initiale de s'appuyer sur l'éducation et la promotion de la santé en tant que thématiques transversales, afin de renforcer l'articulation entre les enseignements existants. Par exemple, la méthodologie de projet peut être inscrite dans un module « Fonctionnement des organisations » ; le transfert de ces savoirs et savoir-faire peut être accompagné vers le champ de l'éducation pour la santé sans qu'il soit nécessaire de faire un enseignement spécifique à la méthodologie de projet appliquée au champ de l'éducation pour la santé.

Partir de l'existant

La démarche proposée par le pôle régional de compétences (PRC) de Bretagne aux organismes de formation initiale² consiste à les aider à intégrer l'éducation et la promotion de la santé dans les programmes de formation existants. L'enjeu, pour les formateurs, consiste moins à ajouter de nouveaux contenus qu'à favoriser l'articulation entre les nombreuses connaissances

théoriques abordées, les méthodes d'intervention, les attitudes ou postures professionnelles.

Plus largement, il s'agit de faciliter l'incorporation par les étudiants de l'éducation pour la santé à leur identité professionnelle. Ainsi, par exemple, une sage-femme qui énonce les « bonnes pratiques » relatives à l'allaitement, en listant les avantages et les inconvénients, s'inscrit dans une démarche d'éducation pour la santé, si elle permet à la future mère de faire le lien entre théorie et pratique, c'est-à-dire ce qui fait sens au regard de ses envies, de ses potentialités et de son contexte de vie.

Des freins et des leviers

Certains formateurs considèrent que l'éducation et la promotion de la santé relèvent d'autres professions que celles auxquelles ils préparent leurs étudiants. Par exemple, les travailleurs sociaux considèrent que la promotion de la santé relève du champ sanitaire tandis que les soignants peuvent vouloir se concentrer sur la dimension curative de leurs pratiques.

L'enjeu est alors d'ancrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la construction d'une identité professionnelle dès la formation initiale. Cet ancrage s'obtient notamment en légitimant l'investissement des futurs professionnels dans ces deux champs, en les aidant à s'approprier la démarche de promotion de la santé, en s'appuyant sur des expériences tirées de l'exercice du métier concerné

(études de cas, rencontres de professionnels, stages, etc.).

Les modalités de mise en œuvre des enseignements peuvent s'approcher des pratiques en promotion de la santé en utilisant des méthodes de pédagogie active et en diversifiant les situations d'apprentissage : grand groupe/petit groupe, croisement des approches thématique et populationnelle, entretiens, séminaires, travaux de recherche, analyses d'outils, etc.

D'autres obstacles fréquemment rencontrés concernent le manque de synergie entre les enseignements – et ceux qui les assurent – au sein d'un même organisme, le cloisonnement des disciplines enseignées et l'absence de coordination entre les centres de formation. Des orientations différentes et le manque de temps peuvent rendre difficiles les rencontres interprofessionnelles dès la formation initiale. Il est alors essentiel de valoriser le potentiel fédérateur de l'éducation et de la promotion de la santé dans le cadre de la formation, mais aussi dans les pratiques et missions des professionnels, ainsi que d'établir des partenariats.

Pour accompagner ce processus, les formations de formateurs doivent être basées sur des échanges de pratiques interprofessionnels. Ceci afin de construire une culture commune (concepts, objectifs, éthique, etc.).

La volonté, partagée, de surmonter ces obstacles peut se heurter à la prise en compte marginale de l'éducation et de la promotion de la santé dans les programmes et référentiels de formations. Des arguments plaçant pour une prise en compte plus importante sont disponibles dans les plans nationaux ou régionaux de santé publique ou dans leurs évaluations, dans les politiques locales, dans les projets d'établissements, mais aussi dans des actes de colloques, dans des comptes-rendus de séminaires, dans des articles de revues scientifiques, dans des ouvrages ou référentiels concernant la formation en éducation pour la santé³.

Résistance naturelle au changement

La disponibilité limitée des formateurs et des intervenants des orga-

nismes de formation initiale, ainsi que la résistance naturelle au changement, peuvent également représenter des freins à la mise en œuvre de la démarche. Le soutien affirmé de la direction de l'établissement et la force de conviction de certains enseignants sont nécessaires à la mobilisation de toute l'équipe de formateurs. L'approche proposée par le PRC comprend donc la mise en place de temps de concertation et d'une offre d'accompagnement méthodologique à la carte. Ces démarches qui suscitent l'intérêt et la curiosité des formateurs peuvent permettre de surmonter les réticences et de lancer la réflexion. Cependant, l'engagement de chacun dans la durée repose aussi sur l'inscription de la démarche dans le projet de l'organisme de formation et de la prise en compte de ces temps essentiels de formation par les employeurs des professionnels.

Créer du lien et du sens entre les contenus de formation

Le travail développé par le PRC de Bretagne, en relation avec les responsables de formation initiale, a conduit à lister des contenus de formation très diversifiés : les concepts de base (santé, déterminants de la santé, Charte d'Ottawa, classification des niveaux d'intervention en prévention), les intentions et finalités éducatives, les rôles, missions et limites des professionnels (référentiels de compétences, profils de postes, questions éthiques, partenariats). Autres contenus identifiés : les structures ressources et les institutions, le cadre politique et législatif des interventions, la méthodologie de projet, l'approfondissement de contenus spécifiques (thèmes, populations, milieux), la communication, l'accompagnement du changement.

Un guide⁴ est proposé aux formateurs pour leur permettre de recenser l'existant et d'envisager des perspectives d'ajustement ou de mise en lien. Concrètement, deux questions sont posées au démarrage de la réflexion : « Ce contenu est-il abordé ? » et « Comment est-il intégré à la formation ? ». Cette réflexion se poursuit par une objectivation des besoins des futurs professionnels en ce qui concerne chaque contenu et par la définition des ajustements à envisager dans le cadre des programmes de formation actuellement mis en œuvre.

Développer l'existant plutôt que de nouveaux contenus

L'expérience du PRC de Bretagne invite donc clairement les structures de formation à s'appuyer sur l'existant – plus qu'à ajouter des contenus –, à l'ajuster au regard de l'identité professionnelle que la structure de formation souhaite construire et promouvoir. En quoi l'éducation et la promotion de la santé s'inscrivent-elles dans les enjeux, les évolutions et les pratiques professionnelles attachés au métier concerné ? Comment et dans quelle mesure l'organisme de formation initiale souhaite-t-il accompagner et soutenir cette inscription auprès des étudiants ? Voilà les questions auxquelles il convient de répondre en tout premier lieu.

Christine Ferron

Directrice générale, Ireps Bretagne, Rennes.

Cathy Bourhis

Chargée de projets, Ireps Bretagne, antenne Morbihan, Pilote de l'axe « Formation initiale » du pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne.

1. Les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé (EPS) constituent des plateformes de service qui fédèrent les compétences et ressources en EPS et promotion de la santé de la région sur des fonctions transversales : conseil en méthodologie de projets, formation et appui documentaire. Mis en place et soutenus par l'Ireps à travers un appel à projets depuis 2004 et un accompagnement sous forme de journées d'échange nationales ou de groupes de travail interrégionaux, leur mission est d'améliorer la qualité des programmes et des actions, les savoir-faire et d'optimiser les ressources pour mieux couvrir les territoires et les populations.

2. L'axe « Formation initiale » est animé par l'Ireps, avec la participation de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) depuis 2008 et du Centre régional information jeunesse (CRIJ) depuis 2011.

3. Développer la formation en promotion de la santé en formation initiale. Rapport d'évaluation de l'expérimentation 2005-2008. Mars 2009. Rapport disponible sur le site du PRC de Bretagne : <http://www.eps-polebretagne.fr>

4. Disponible sur le site du PRC de Bretagne : <http://www.eps-polebretagne.fr>

Formation pour les acteurs du volet santé de la politique de la ville

Dans le cadre d'une convention entre le CNFPT, organisme national chargé de l'accompagnement à la professionnalisation des agents territoriaux, et l'Acsé¹, et avec le soutien de l'Inpes, une formation des acteurs locaux du volet santé de la politique de la ville a été mise en place en 2010-2011 dans les régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes.

Une enquête menée en 2009 par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) sur la démarche Atelier santé ville (ASV)² a révélé une diversité de profils des coordinateurs d'ASV, des chefs de projet à la politique de la ville en charge des questions de santé et des coordinateurs des projets locaux de réussite éducative.

Souhaitant harmoniser leurs pratiques professionnelles et leurs compétences, l'Acsé et l'Inset de Nancy du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), accompagnés par l'Inpes, ont élaboré conjointement une offre de formation à destination de ces personnels.

Il s'agissait, en se référant aux principes de promotion de la santé, de permettre à des professionnels chargés de développer ou de soutenir des projets locaux collectifs visant à améliorer la santé (prévention et accès aux soins) d'habitants de quartiers prioritaires. Ainsi, les axes de cette formation devaient :

- d'une part, favoriser l'appréhension de concepts et dispositifs ainsi que l'acquisition de compétences techniques nécessaires pour développer des stratégies cohérentes et intersectorielles contributives à une politique locale favorable à la santé (aide à la décision auprès des élus, prise en compte de l'ensemble des déterminants et de l'impact des politiques publiques sur la santé) ;
- et, d'autre part, permettre de centrer les programmes de santé sur le développement des capacités d'une communauté (démarches participatives, animation de réseaux, valorisation des actions collectives, etc.).

Il a été fait le choix d'un dispositif de formation modulaire afin de favoriser la

construction de parcours individualisés visant l'acquisition des compétences nécessaires à la coordination d'un ASV ou à l'animation du volet santé d'un contrat urbain de cohésion sociale. En l'absence de référentiel de compétences existant, le scénario pédagogique a été construit après enquête auprès d'une dizaine de coordinateurs ASV et chefs de projet du volet santé de la politique de la ville, et après analyse des textes réglementaires et revue de la littérature sur le sujet.

À la demande de l'Acsé, ce dispositif a été mis en place à titre expérimental dans l'interrégion regroupant Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Centre.

Après une journée d'information axée principalement sur les dispositifs et facteurs de réussite de la construction d'une politique de santé publique territorialisée, la formation s'est déroulée sur une année, de mai 2010 à juin 2011. Dix modules répartis sur vingt-huit jours, accueillis alternativement dans les délégations régionales CNFPT concernées, traitaient les thématiques suivantes : les politiques et principaux dispositifs de santé publique, les politiques de la ville et les politiques de droit commun, la prévention et la lutte contre les discriminations, l'animation de réseaux, les inégalités sociales et territoriales de santé, l'ingénierie de projets en santé publique, les démarches participatives ; la gestion de budget ; le travail partenarial et le partage d'information ; la communication-médiatisation.

Au préalable, un questionnaire d'auto-positionnement a été diffusé auprès des stagiaires afin que chacun ait la possibilité d'évaluer les compétences à acquérir et cibler les modules correspondant à ses besoins.

Cette formation (comprenant de 1 à 9 modules) s'adressait aux coordinateurs ASV, chefs de mission santé et chefs de projet (contrat urbain de cohésion sociale - Cucs). Elle a permis de former 45 professionnels issus pour la plupart de collectivités territoriales (40 agents territoriaux contre 5 salariés d'associations, agents de l'État ou hospitaliers).

Un comité de pilotage composé de

représentants de l'Acsé, de l'Inpes et du CNFPT a suivi étroitement la mise en œuvre de ce programme.

Au terme de la phase d'expérimentation, et en plus des évaluations réalisées à l'issue de chaque module afin d'apprécier les acquis des stagiaires, a été commandée une étude visant à évaluer la qualité et la pertinence de l'action de manière à disposer d'informations permettant de concevoir et d'organiser son déploiement.

Le cabinet d'audit préconise la reconduction de l'action au vu de sa pertinence. L'enquête montre également que la décomposition en modules avec la possibilité de les choisir est très adaptée aux besoins et aux contraintes du public visé. De plus, la formation semble couvrir l'ensemble des compétences nécessaires à la coordination d'un ASV ou à l'animation du volet santé de la politique de la ville. Par ailleurs, le panel élargi des bénéficiaires de la formation est pertinent car il favorise ensuite le partenariat local.

À partir de l'évaluation qui a permis d'établir un certain nombre de recommandations (durée systématisée des modules à deux jours, travail amplifié sur la conduite de groupe, échelon national plus pertinent face aux difficultés de déplacement à travers l'interrégion), cette formation sera reconduite et déployée à l'échelon national en 2012.

Viviane Bayad

Responsable du pôle de compétences santé,
Centre national de la fonction publique
territoriale, Inset de Nancy.

1. L'Acsé contribue à des actions en faveur des personnes rencontrant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle. L'agence a été créée par la loi du 31 mars 2006 sur l'égalité des chances pour renforcer l'action de l'État en faveur des habitants des 2 213 quartiers de la politique de la ville et pour promouvoir l'égalité des chances et la diversité, et lutter contre les discriminations. L'Acsé gère l'essentiel des crédits spécifiques consacrés par l'État à ces priorités. À ces deux missions principales s'ajoute la gestion du fonds interministériel de prévention de la délinquance.

2. Les Ateliers santé-ville, développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de loi de lutte contre les exclusions, fournissent le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux en santé publique.

Autonomie des personnes âgées : une formation en promotion de la santé pour les aides à domicile

À partir de 2007, la CNSA et l'Inpes ont travaillé à la mise en place d'un dispositif de formation afin de renforcer les compétences des aides à domicile dans le maintien et la protection de l'autonomie des personnes âgées. En 2008-2009, cette formation a été expérimentée dans quatre régions pilotes. En 2010-2011, elle est devenue effective dans vingt-six régions françaises¹. Cent trente formateurs sont opérationnels et quatre cents professionnels de l'aide à domicile ont, à ce jour, été formés.



Dans le cadre d'une convention avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)², l'Inpes a mis en place un dispositif de formation afin de renforcer les compétences des aides à domicile pour la protection de l'autonomie des personnes âgées. Ce dispositif relève de la formation continue financée par les fédérations d'employeurs d'aides à domicile.

Le socle de la formation à la protection de l'autonomie est construit sur une double approche : la notion de santé (au sens de la qualité de vie et du degré d'autonomie dans la vie quotidienne) et la posture du professionnel de l'aide à domicile. Les concepteurs de la formation se sont placés dans une approche globale de la santé des personnes âgées prenant en compte les

déterminants individuels et socio-environnementaux sur cinq modules (pratiques professionnelles, en début et fin de formation, communication et lien social, santé et vieillissement, mobilité et activités spontanées, nutrition et rythmes alimentaires). Cette approche globale inclut une approche « positive », c'est-à-dire prenant en compte le potentiel d'autonomie de la personne dans son environnement et pas exclusivement les manques. Les compétences des professionnels à développer sont tout particulièrement le repérage du potentiel de la personne et de son environnement pour ensuite adapter les pratiques professionnelles.

Pour garantir une formation construite dans le sens de la promotion de la santé, trois critères ont été pris en compte (1) :

- l'approche globale et positive de la protection de l'autonomie de la santé des personnes âgées ;
- la démarche participative ;
- le renforcement des compétences des aides à domicile afin de leur permettre de faire des choix favorables pour protéger l'autonomie des personnes aidées.

Descriptif de la formation

L'objectif de la formation est de renforcer les compétences des aides à domicile dans les pratiques du quotidien autour des cinq modules évoqués ci-avant. La formation se déroule sur cinq jours étalés sur deux mois. Chacune des cinq thématiques est organisée en deux demi-journées. Ce calendrier permet dans un premier temps de

connaître les besoins de protection de l'autonomie selon le vieillissement normal, puis dans un second temps d'identifier les besoins en termes de vieillissement pathologique, et la construction des pratiques professionnelles protectrices de l'autonomie.

Un « référentiel de compétences » conçu pour la formation

Ce référentiel de compétences en protection de l'autonomie est le garant d'une approche de promotion de la santé par déterminants³ et propose pour chacun des cinq modules de décrire les différentes compétences attendues, c'est-à-dire les connaissances, les attitudes, les aptitudes de « savoir-faire » et le « savoir dire »⁴. Cette dernière qualité est très importante pour l'aide à domicile dont le rôle consiste aussi à transmettre des informations à la personne âgée, à l'aidant proche, à l'employeur et aux professionnels.

À partir de ce référentiel, chaque module est ensuite construit selon le

même déroulé pédagogique : des questionnements sur les attitudes et les représentations, des connaissances pour comprendre les besoins et les ressources en termes de protection de l'autonomie, des mises en situation intégrant les aides techniques et l'environnement du domicile et du quartier, des éléments de communication pour transmettre ces compétences, des éléments d'évaluation de satisfaction et de résultats (voir tableau 1).

Travailler à partir des savoirs

La pédagogie utilisée dans la formation permet de positionner les participants dans une démarche active de co-construction des compétences, laquelle fait écho à la dimension participative de la promotion de la santé (lire les articles pp. 29 et 31). Ainsi, par exemple, il est demandé à chacun des formateurs de travailler à partir des savoirs et des expériences des participants. Le professionnel en promotion de la santé – responsable du module sur les pratiques professionnelles et

présent comme « fil rouge » pendant toute la formation – est notamment garant de la prise en compte des paroles et interrogations des participants.

La grille « Pratiques professionnelles » est le document de travail participatif des aides à domicile tout au long de la formation. Dans sa première partie, il s'agit d'observer le potentiel d'autonomie de la personne dans son environnement pour chacun des cinq modules ; elle est remplie au cours des deux premiers jours de la formation (les modules .1). Dans la deuxième partie de la grille, remplie au cours des trois derniers jours de la formation (les modules .2), il convient d'inscrire les réponses professionnelles en complémentarité du potentiel de la personne et de son environnement.

Un dispositif testé en régions

Ce dispositif a été conçu dans une démarche de formation-action : en 2008-2009, la CNSA et l'Inpes ont conçu et expérimenté le contenu de la forma-

Tableau 1. Les missions, fonctions et compétences en éducation pour la santé listées dans le référentiel

Thèmes	Modules	Connaissances	Attitudes	Savoir-faire/ Pouvoir faire	Savoir dire
Communication	1.1	• Les modes de communication	• Des attentions	• Des capacités à communiquer	• Les difficultés et les atouts
	1.2	• Les modalités en communication	• Des attitudes (orale, écrite, gestuelle...)	• La négociation et argumentation	• Des conseils
Santé	2.1	• Des vieillissements • L'autonomie/grille AGGIR	• Des visions dynamiques des aînés	• Identification des facteurs de protection de l'autonomie	• Des éléments de protection de la santé
	2.2	• Les facteurs de protection de l'autonomie/spécificités	• Des questionnements sur l'éthique	• Des aides et ressources pour protection de l'autonomie	• Une approche globale et positive de l'autonomie
Mobilité	3.1	• Des pratiques de mobilité des personnes âgées	• Des stimulations sensorielles/mobilité	• Des aides lors des déplacements et transferts	• La transmission de la plaquette Inpes
	3.2	• Les facteurs de protection • La prévention des chutes	• Des attitudes de renforcement	• Une enquête d'observation pour se déplacer	• Des ressources pour favoriser la mobilité
Nutrition	4.1	• Les besoins nutritionnels et rythmes alimentaires	• Des stimulations sensorielles /boisson	• La mise en œuvre des repas de midi/l'existant	• L'utilisation des plaquettes des repères nutritionnels
	4.2	• Les facteurs protection • La prévention de la dénutrition	• Des attitudes de renforcement	• Des rythmes alimentaires/spécificités santé	• Des ressources pour protéger l'alimentation
Pratique professionnelle	5.1	• La définition de l'autonomie des personnes âgées	• Les représentations de l'autonomie	• La mise en mots des compétences/autonomie	• Les besoins et attentes/formation
	5.2	• Les pratiques professionnelles protégeant l'autonomie	• La posture écologique	• Des actes professionnels protecteurs de l'autonomie	• Des ressources de protection de l'autonomie

tion (sous forme d'un kit) avec un groupe d'experts et des équipes régionales pluridisciplinaires de formateurs dans quatre régions pilotes (Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais). En 2010-2011, après ajustement du kit, la formation a été mise en place dans les vingt-deux régions restantes. Les prestataires ont été choisis par appel d'offres.

Ce dispositif se déroule sur cinq mois en deux étapes :

- constitution d'une équipe régionale pluridisciplinaire de cinq formateurs (un formateur en promotion de la santé et quatre formateurs spécialisés pour les personnes âgées en santé, en communication, en mobilité et en nutrition) ;
- mise en œuvre de la formation de cinq jours auprès de quinze professionnels de l'aide à domicile. À ce jour, un réseau de cent trente formateurs a été constitué, la formation a été déployée dans les vingt-six régions et quatre

cents professionnels de l'aide à domicile ont été formés. Cette formation peut être proposée dans toutes les régions dans le cadre de la formation continue des aides à domicile, à l'initiative des acteurs locaux.

Lucette Barthélémy

Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, département Formation et ressources, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes.

1. Depuis mars 2011 la France compte vingt-sept régions, Mayotte ayant acquis le statut de région d'outre-mer.

2. Dans le cadre d'une convention 2007-2011 avec la CNSA, l'Inpes a réalisé des actions sur la santé des personnes âgées et handicapées selon trois axes : des études quantitatives et qualitatives sur le rapport à la santé, l'adaptation de l'information à destination des publics déficients sensoriels ainsi que le kit de formation en protection de l'autonomie des personnes âgées pour les professionnels de l'aide à domicile.

► Références bibliographiques

(1) Inpes. Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 40 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf

(2) Richard L., Gauvin L., Raine K. Ecological models revisited: Their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health*, 2011, vol. 32 : p. 307-326.

3. Dans le contexte de cette formation, l'approche de promotion de la santé par déterminants est basée sur quatre stratégies d'actions : renforcer l'autonomie de la personne âgée, prendre en compte l'environnement du domicile et les aides techniques, communiquer avec les aidants proches et transmettre des informations à l'employeur et aux professionnels médico-sociaux.

4. Ce référentiel de compétences sera disponible dans le kit de formation « Protection de l'autonomie des personnes âgées », en cours de réalisation et accessible sur le site de l'Inpes.

Entretien avec Gilles Vangrevelynghé, formateur et chef de projet à l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé du Nord-Pas-de-Calais.

« Aider la personne sur ce qu'elle sait le mieux faire »

Dans le Nord-Pas-de-Calais, une formation a été organisée pour les auxiliaires de vie et aides à domicile travaillant auprès des personnes âgées. Elle développe des pratiques d'accompagnement qui permettent de protéger l'autonomie des sujets âgés en favorisant leur participation dans les actes de la vie quotidienne. Il s'agit de repérer leurs capacités d'autonomie, les valoriser, œuvrer pour les maintenir. Afin d'y parvenir, le professionnel doit s'adapter à chaque personne et faire évoluer sa posture.

La Santé de l'homme : Vous avez proposé une formation sur la protection de l'autonomie des personnes âgées à la Croix-Rouge de Fournes-en-Weppes (Nord). En quoi cette

formation correspond-elle à un critère de promotion de la santé ?

La participation est au cœur de cette formation. L'objectif est de placer les participants en situation d'action et de réflexion sur les actes professionnels quotidiens et de repérer ce qui promeut la participation physique – mais aussi intellectuelle et décisionnelle – de la personne. La formation démarre par la perception de la personne âgée, et son potentiel d'autonomie physique et psychique, son rapport aux autres et plus globalement à son environnement. Pour cela, nous utilisons de nombreux outils d'animation favorisant l'expression et la participation des professionnels. Ensuite, on examine comment et dans quelles conditions, en tant qu'auxiliaire de vie, on peut soutenir la personne

dans des actes protecteurs de l'autonomie. Il s'agit aussi également de repérer, agir et travailler sur les fragilités. Autant de critères de promotion de la santé puisqu'ils reposent sur une approche globale et positive de la santé.

S. H. : Dans la pratique, comment cette formation a-t-elle été perçue par les auxiliaires de vie ?

En se positionnant à l'écoute des aides à domicile et des auxiliaires de vie, on constate que parler de l'autonomie, sans évoquer la notion de perte, ne va pas forcément de soi. En effet, l'aide consiste souvent à pallier des actes abolis. Dès lors, il n'est pas évident de se donner comme objectifs de soutenir et de valoriser des actes que la personne sait encore faire.



S. H. : C'est donc un changement de positionnement ?

Absolument. Il s'agit de transformer sa façon d'accompagner, pour aider la personne sur ce qu'elle sait encore faire. Par exemple, si elle sait encore peler des légumes, l'auxiliaire peut lui demander de le faire en lui expliquant en quoi cela sera bénéfique pour entretenir ses capacités. Elle lui précisera par ailleurs que cela lui dégagera du temps pour réaliser d'autres actes d'amélioration de la qualité de vie au domicile. La personne âgée est ainsi « doublement » investie, ce qui est extrêmement valorisant. Il faut, pour autant, ne pas oublier que les plans d'aide élaborés par les professionnels de la coordination gérontologique sont très souvent basés sur la dépendance de la personne, induits notamment par l'utilisation de la grille AGGIR¹. De fait, pour l'aide à domicile, il s'agira d'intercaler dans son travail des actes où la personne aura la sensation d'être encore autonome. Pour moi, il s'agit bien de

promouvoir une évolution des pratiques professionnelles au domicile, mieux pensées, et donc plus efficaces.

S. H. : Comment avez-vous intégré les diverses approches issues de la promotion de la santé, notamment l'approche globale ?

L'approche globale, bio-psychosociale, permet de prendre en compte la personne âgée selon ses capacités, ses propres désirs, son vécu, son quotidien, sa famille, son logement, son quartier, sa citoyenneté et ses capacités de positionnement, etc. Cette approche est positive, car elle permet à l'auxiliaire de vie de prendre en considération tout ce qui constitue les besoins de la personne. Ainsi, elle apportera une aide de nature compréhensive qui aidera la personne à faire des choix éclairés. Ces éléments sont fortement intégrés dans la formation, notamment par des exercices de reformulations et des traitements de cas pratiques en présence d'une psychologue.

S. H. : Cette formation a-t-elle mis l'accent sur des aspects particuliers ?

Évidemment sur des limites – ce qui est normal. Toutes les personnes âgées ne vivent pas « un vieillissement réussi ». En effet, certaines se désengagent de l'autonomie de manière très amère alors que d'autres réussissent à accepter le vieillissement, et de fait à négocier leur quotidien avec des capacités diminuées. Il y a là quelque chose du domaine de l'ouverture d'esprit de la part de l'intervenant à domicile de bien considérer que tout le monde n'est pas, dans sa vieillesse, dans une approche positive et participative.

Par ailleurs, cette formation a mis l'accent sur la notion du temps, qui n'est pas du tout la même entre quelqu'un qui travaille et une personne âgée qui vit son existence sans contrainte horaire. L'auxiliaire de vie peut intervenir trois ou quatre fois dans la même journée chez la même personne, avec un minutage précis correspondant à des budgets contraints. Quand le temps fait défaut, comment avoir alors une communication qui permette de soutenir un regard plus positif de la personne âgée sur sa propre vie, de la valoriser dans ses savoirs, ses capacités ? Le temps est indispensable, évidemment.

Enfin, la formation a aussi permis de souligner l'ambiguïté des appellations « auxiliaire de vie » et « aide à domicile ». Elles ne soulignent pas suffisamment qu'il s'agit d'un métier de communication, où l'intervenant représente parfois la seule personne à qui il est possible de parler, voire même de confier ses peurs et ses angoisses. C'est parfois la seule aussi à apporter du réconfort et de l'amitié. Et ça, c'est primordial. Il ne faut pas quitter des yeux le fait que la personne âgée est davantage dans une étape émotionnelle de sa vie que dans une phase matérielle.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**,
Journaliste.

1. La grille nationale AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

Promotion de la santé et autonomie des personnes âgées : une formation sur mesure pour les aides à domicile

Dans la région Limousin, les professionnels de l'aide à domicile sont formés dans une véritable optique de « promotion de santé », d'une part pour identifier et valoriser leurs compétences et, d'autre part, afin de mieux maîtriser la notion d'autonomie de la personne âgée lors de leurs interventions au quotidien. Pour ce faire, le formateur bouleverse sa pratique habituelle, dispensant certes des connaissances, mais partant aussi des savoir-faire et des savoir-être des aides à domicile pour les consolider. Retour sur cette expérience.

Le service « Formation continue » de l'institut régional de formation sanitaire et sociale-Croix-Rouge française a été retenu pour développer, dans la région Limousin, le kit de formation Inpes/CNSA : « Protection de l'autonomie des personnes âgées »¹, formation destinée aux professionnels de l'aide à domicile (lire l'article de Lucette Barthélémy p. 27). Une première formation expérimentale s'est déroulée au printemps 2011 auprès d'un groupe de treize aides à domicile, salariées d'associations sur le bassin de Brive. Cette initiative a reçu le soutien du conseil général de la Corrèze. L'équipe pluridisciplinaire sanitaire et sociale de formateurs était constituée d'un médecin gériatre, d'une psychologue, d'un kinésithérapeute cadre de santé, d'une diététicienne et d'une formatrice qui intervient sur la promotion de la santé dans les formations d'assistant de service social ; tous avaient une expérience avérée tant auprès du sujet âgé qu'en formation auprès des aides à domicile.

Approche participative basée sur les savoir-faire

Le fil conducteur de la formation s'appuie sur la notion d'autonomie de la personne âgée. Les modalités pédagogiques inscrites dans une approche globale et positive de la santé ont permis de renforcer les connaissances et les pratiques des formateurs. Les outils pédagogiques proposés par le kit de formation Inpes/CNSA, alliant approche participative et méthodes

actives, se basent sur les savoirs expérimentiels (savoirs, savoir-faire, savoir-être) des aides à domicile pour les rendre identifiables et mesurables. Cette approche est développée par Franck Gatto, maître de conférence en sciences de l'éducation, lorsqu'il affirme : « Il est important de faire s'exprimer le sujet sur ce qu'il sait, comment il le sait ; c'est le processus même d'explicitation par le sujet qui constitue une phase d'apprentissage et qui conduit sa base d'orientation de l'action » (1). Cet exercice est rendu possible dans la formation à travers la recherche de sens et le partage des pratiques professionnelles.

Le « formé » est acteur

Cette approche pédagogique place le sujet au cœur du dispositif de formation et demande au formateur de s'inscrire dans une posture inversée, dans laquelle la théorie n'est plus centrale, et où il est laissé une large place à la prise de conscience des savoir-faire. Dans l'accompagnement qu'il propose, le formateur s'attache à mettre en lumière les marges de liberté et de créativité qui s'offre à tout professionnel. En utilisant les outils pédagogiques en promotion de la santé du kit, il positionne le stagiaire avec un véritable pouvoir d'agir. « L'acteur est reconnu comme coproducteur de sens, il est pourvu de conscience et d'initiative, capable de stratégies » (2).

Un des aspects les plus pertinents de cette expérience pédagogique est la présence continue d'un formateur-coordonnateur « fil rouge », garant d'un climat de confiance, de la dynamique de groupe et créateur de liens entre les apports théoriques et la pratique professionnelle. Il accompagne la progression des membres du groupe en tenant compte des individualités.

L'enjeu de cette nouvelle approche de formation en promotion de la santé réside dans son appropriation par les associations employeurs d'aides à domicile, et leur volonté d'inscrire concrètement cette approche dans les missions de ces professionnels.

Un module « promotion de la santé » pour tous les professionnels

Cette formation des aides à domicile sur la protection de l'autonomie de la personne âgée

s'inscrit dans le projet pédagogique de l'institut régional de formation sanitaire et sociale du Limousin-Croix-Rouge française, qui a pour ambition de décloisonner ses formations sanitaires et sociales. Pour ce faire, l'institut met en place pour septembre 2012 des modules de formation interfilières – et notamment un module sur la promotion de la santé² –, qui s'adresseront aux étudiants infirmiers, kinésithérapeutes, assistants de service social. Ces temps communs de formation leur donneront pleine capacité pour réaliser des projets interprofessionnels en promotion de la santé, et leur seront particulièrement utiles pour développer des compétences individuelles et collectives autour du « savoir coopérer » entre professionnels.

Célia Larochelle

Responsable du service

« Formation professionnelle continue »,

Laurence Boudy

Responsable filière sociale,

Institut régional de formation sanitaire et sociale

Croix-Rouge française, Limoges.

1. Complément d'informations sur le site de l'Institut régional de formation sanitaire et sociale du Limousin-Croix-Rouge française : <http://irfss-limousin.croix-rouge.fr>

2. En collaboration avec l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Limousin sur l'approche méthodologique.

► Références bibliographiques

(1) Gatto F. *Enseigner la santé*. Paris : L'Harmattan, coll. Technologie de l'action sociale, 2006 : 238 p.

(2) Ardoino J. *Les Avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir*. Paris : Puf, coll. Éducation et formation/Pédagogie théorique et critique, 2000 : 270 p.

Le premier master de santé publique enseigné à distance intègre une spécialité de promotion de la santé

Depuis 2009, l'École de santé publique Nancy-université, en association avec trois autres universités, a créé un master de santé publique enseigné à distance (*e-learning*). L'une des spécialités de ce cursus est orientée sur l'intervention en promotion de la santé. Les premiers retours de cette expérience sont plutôt positifs. Ce master permet en particulier à des professionnels de suivre une formation flexible, en fonction de leur disponibilité et de leur charge de travail.



Former, grâce à l'*e-learning*, des chefs de projet en promotion de la santé, est-ce pertinent ? C'est une question que se posent les candidats au master de Nancy, professionnels de santé ou étudiants en formation initiale résidant principalement en France ou en Afrique francophone.

« *Peur d'être isolé, insuffisamment encadré, passif face à son écran, peur de ne pas pouvoir échanger et partager avec les autres* ». Voilà quelques impressions recueillies auprès des étudiants avant le début de leur formation. Après une année, les témoignages des mêmes étu-

dants ont évolué. « *En e-learning on est plus libre en termes d'organisation mais plus encadré que dans les formations habituelles à la fac... Les activités à rendre structurent notre travail... J'ai appris à être plus autonome, à adapter mon travail et à m'organiser.* »

L'École de santé publique Nancy-université, en association avec les universités de Besançon, Dijon, Reims et Strasbourg, propose depuis 2009 un master de santé publique enseigné sur deux années en *e-learning*, habilité par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. L'une des spécialités de ce master est orientée, dès la première année, vers l'intervention en promotion de la santé. Parmi la première promotion de master 2 ayant étudié complètement à distance, la moitié, soit vingt-six étudiants, a été diplômée en juin ou septembre 2011. L'autre moitié a préféré échelonner la formation sur plusieurs années, la charge de travail étant importante, en particulier pour les étudiants en formation continue.

Ce master est constitué d'unités d'enseignements (UE) qui ont été pensées, enrichies et adaptées pour l'enseignement en ligne (1). Dans chaque UE, un parcours pédagogique est proposé aux étudiants ; il est constitué de ressources à lire, à visionner ou à écouter : synthèses théoriques, vidéos, bandes-son, liens vers des ressources externes (articles, sites Internet) et d'activités d'apprentissage à réaliser seul ou en groupe, en auto-formation ou avec l'accompagne-

ment d'un référent. Leur construction s'est appuyée sur le modèle de D. Leclercq (2, 3) qui comporte huit événements d'apprentissage (réception, imitation, excercisation, expérimentation, exploration, création, débat, métaréflexion). Quelques exemples d'activités proposées dans différentes UE sont présentés ci-dessous :

- les étudiants sont incités, par l'intermédiaire d'un carnet de bord, à se placer dans une position réflexive par rapport à leurs représentations, leurs expériences et leurs projets (*métaréflexion*) ;
- les étudiants, à partir d'un contexte donné qui est enrichi au fil de l'UE, construisent les différentes phases d'un projet (*exercisation*) ;
- des débats sont organisés, *via* des forums, avec des experts sur des thèmes définis : les métiers de la santé publique, éthique et éducation pour la santé, anthropologie et humanitaire... (*débat*) ;
- les étudiants créent ou complètent un outil permettant d'illustrer une théorie psychosociale du changement de comportement (*création*) ;
- les étudiants cherchent et proposent des articles visant à illustrer un élément du cours : la multidisciplinarité d'un problème de santé publique, le métier qu'il souhaite exercer, des actions utilisant la démarche participative (*exploration*) ;
- les étudiants réalisent dans le cadre d'une situation de communication donnée un entretien *via* un *chat* qui est ensuite analysé en groupe (*expérimentation*).

Dans chaque UE, les étudiants sont répartis en sous-groupes de quinze personnes et accompagnés par des référents pédagogiques, enseignants universitaires ou professionnels de santé publique. Les principes pédagogiques, partagés en équipe, qui ont guidé la construction du dispositif de formation, ont privilégié les méthodes pédagogiques actives, le travail collaboratif et l'accompagnement des étudiants (4, 5). Ainsi, cette formation en *e-learning* permet aux futurs professionnels, en plus de l'acquisition des compétences liées au champ disciplinaire, de développer autonomie et sens de l'organisation et de mobiliser des capacités qui leur seront utiles dans leur métier de chef de projet et qui vont dans le sens des valeurs de la promotion de la santé.

Une évaluation plus approfondie du dispositif de formation doit être mise en place prochainement : elle devrait per-

mettre d'évaluer l'intégration de ces compétences dans les pratiques professionnelles. Du côté des formateurs, des efforts d'adaptation sont nécessaires. La mise en place de cette nouvelle modalité d'enseignement vient bousculer les manières d'enseigner traditionnelles et fait émerger de nouveaux rôles (concepteur d'UE, référent) que chacun doit apprendre à s'approprier.

Dominique Billot¹

Coordnatrice pédagogique du master,

Jean-François Collin¹

Responsable de la spécialité Intervention en promotion de la santé du master,

Francis Guillemin^{1,2}

Coordinateur interrégional du master,

Serge Briançon^{1,2}

Directeur de l'École de santé publique.

1. Nancy-université, faculté de médecine, École de santé publique, Nancy.

2. Nancy-université, université Paul-Verlaine, Metz, université Paris V-Descartes, EA 4360 Apemac, Nancy.

► Références bibliographiques

- (1) Billot D. Élaboration et expérimentation d'un module « promotion et éducation pour la santé » dans le cadre d'un enseignement à distance en ligne. *Santé publique*, janvier-février 2007, vol. 19, n° 1 : p. 53-65.
- (2) Leclercq D., dir. *Pour une pédagogie universitaire de qualité*. Sprimont : Mardaga, 1998 : 298 p.
- (3) Leclercq D., Poumay M. La métacognition. In : Leclercq D. *Méthodes de formation et théories de l'apprentissage. Événements d'apprentissage*. Liège : éditions de l'Université de Liège, 2003 : p. 1-17.
- (4) Walckiers M., De Praetere T. L'apprentissage collaboratif en ligne, huit avantages qui en font un *must*. *Distances et savoirs*, 2004, vol. 2, n° 1 : p. 53-75.
- (5) Karsenti T. Conditions d'efficacité des formations ouvertes ou à distance (FOAD) en pédagogie universitaire. *Pédagogie médicale*, 2003, vol. 4, n° 4 : p. 223-234.

équilibres

Une lettre électronique mensuelle pour tout savoir sur l'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé



Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr



Éducation et promotion de la santé : une formation à distance pour les professionnels du milieu scolaire

En 2010, l'association UNIRÉS, l'Inpes et d'autres partenaires ont créé une formation à distance sur l'éducation et la promotion de la santé pour les professionnels du milieu scolaire. Mille étudiants de six masters l'ont suivie à ce jour en formation initiale.

Le *e-learning*, ou apprentissage à distance sous environnement numérique, est une forme nouvelle d'enseignement. Déjà très implanté dans certaines disciplines, l'*e-learning* se développe aussi en promotion et en éducation pour la santé.

L'*e-learning* permet d'accéder à une grande diversité de ressources, rapidement, et de donner plus d'autonomie à l'apprenant. Mais l'étiquette « *e-learning* » désigne parfois des modes opératoires aussi différents que la simple mise en ligne de documents ou la « formation ouverte et à distance » (FOAD).

La FOAD est une plateforme de ressources et d'activités permettant à l'apprenant de travailler où il veut, quand il le veut, voire de choisir comment ou sur quoi il souhaite travailler. Pour le formateur, la FOAD permet de suivre les apprenants individuellement, de les évaluer ou de proposer de l'autoévaluation, d'interagir avec eux et de proposer une grande variété de ressources et d'activités. Souvent, la FOAD débute sur un mode « présentiel réduit », c'est-à-dire avec quelques sessions en groupe pour faire connaissance et cadrer la formation.

Promotion de la santé : l'une des missions des professionnels

L'apprentissage à distance présente un fort potentiel pour la promotion et l'éducation pour la santé, car il y a un réel besoin de professionnalisation dans ce champ. La promotion et l'éducation pour la santé s'inscrivent souvent parmi les missions de différentes professions (prévention santé, travail social, éducation, etc.). Les professionnels qui les ont en charge sont plus ou

moins formés à ces missions spécifiques. Dans l'éducation par exemple, même les enseignants qui disent pratiquer l'éducation à la santé ont en majorité une définition peu précise, centrée sur des aspects didactiques rattachés à leur discipline. Une conception globale de la santé – intégrant les notions de choix et de responsabilité, les actions sur les environnements favorables à la santé, le développement d'actions sur les facteurs qui influencent la santé dans les établissements scolaires, fondamentales en promotion de la santé – est presque toujours absente (1). Pour des professionnels en activité, le *e-learning* apporte une souplesse permettant de se former dans la durée sans compromettre leur activité.

Du côté de l'ingénierie des formations, le *e-learning* facilite le partage de ressources et la mise en cohérence des offres de formation entre elles. Parce que la FOAD nécessite un travail en équipe, les formateurs et les enseignants formés – si l'on poursuit ici avec l'exemple des professionnels de l'éducation – partagent leurs ressources et construisent collectivement des parcours plus riches et plus variés.

Un enseignement à distance pour l'éducation à la santé en milieu scolaire

En 2010, le Réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRÉS)¹ a mis en place une plateforme nationale FOAD d'éducation à la santé en milieu scolaire avec le soutien de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), de la Conférence des directeurs des instituts universitaires de formation des maîtres

(CDIUFM), de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) et de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). L'accès à cette plateforme est proposé gratuitement aux IUFM/écoles internes des universités pour la formation initiale des étudiants de master ainsi que pour la formation continue du personnel de l'Éducation nationale.

La plateforme est composée de trois modules de formation complémentaires constituant une unité d'enseignement (UE) universitaire. Le premier module comprend une série de cours sur les concepts et les références de l'éducation à la santé et ses différentes thématiques : modèles de santé, compétences psychosociales, éducation à la sexualité, conduites addictives, conduites à risque, etc. Ces cours sont accompagnés de tests pour s'autoévaluer, de documents complémentaires pour approfondir et d'une activité de glossaire collaboratif en option. Le deuxième module traite de la place de l'éducation à la santé dans les missions de l'enseignant par l'analyse des textes de référence, des programmes et du socle commun², et aussi la pratique de l'éducation à la santé en classe, vue à travers l'analyse de vidéos et d'écrits variés. Le troisième module conduit l'apprenant au fil de toutes les étapes – de la conception à l'évaluation de projets en milieu scolaire – et l'initie aussi aux enjeux et au fonctionnement du travail en partenariat en éducation pour la santé à l'école, là encore en s'appuyant sur une diversité d'activités, d'outils et de vidéos. L'éducation à la santé s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé qui est sous-jacente et abordée durant la formation.



Enseignement adaptable aux contraintes des professionnels

Pour faciliter son utilisation dans le cadre de différentes formations, la plateforme a été pensée de façon à permettre à chaque centre de formation, à chaque formateur d'y puiser un choix d'éléments correspondant au volume horaire et aux priorités et objectifs inscrits dans les parcours de formation. Ainsi, par exemple, peut-on sélectionner quelques cours du premier module et certaines activités du troisième module pour constituer un cursus d'initiation au travail en partenariat en éducation à la santé. La plateforme peut également être exploitée de différentes manières : parcours de FOAD complet ou partiel, mais aussi base de ressources pour compléter des enseignements classiques. Par ailleurs, en 2012, il est prévu d'y intégrer un module de découverte de l'outil Profédus³ (*lire article dans le n° 413 de La Santé de l'homme p. 45*). Il est également question d'ouvrir la plateforme à d'autres filières en promotion et éducation pour la santé, en intégrant des compléments nécessaires.

Point fort : la flexibilité, point faible : la technique

La plateforme a fait l'objet d'une évaluation par les étudiants et les forma-

teurs qui l'ont utilisée en 2010-2011. Les étudiants ont été globalement très satisfaits de la plateforme elle-même⁴ et citent comme principaux points forts la flexibilité de l'organisation de leur travail dans le temps, et la possibilité de valider des compétences en informatique. La minorité des étudiants plutôt déçus l'a été soit en rapport à des problèmes techniques passagers sur certains sites, soit à cause de difficultés individuelles liées à l'utilisation de l'environnement numérique. Ces derniers points soulignent l'intérêt d'un temps de prise en main en présentiel au début de la formation, et la nécessité d'une compétence minimale en informatique pour suivre une formation en FOAD. Les formateurs ayant encadré le travail des étudiants ont été plus critiques, notamment au niveau de l'ergonomie pour la correction des devoirs déposés en ligne. Suite à ces retours, plusieurs activités ont été modifiées de façon à faciliter l'évaluation. Les formateurs ont également remarqué que le temps requis pour encadrer la FOAD est au moins égal au temps requis par rapport à un cours équivalent en présentiel, mais surtout que cela nécessite une organisation différente car il faut réagir très ponctuellement, mais très régulièrement sur les forums d'échanges avec les étudiants.

À ce jour, la plateforme a déjà été utilisée par près de mille étudiants dans le cadre de six masters des métiers de l'enseignement et de la formation portés par les IUFM de Reims, Lyon, Saint-Étienne, Grenoble, de la Martinique et de la Guadeloupe, ainsi qu'un master spécialisé pour les conseillers principaux d'éducation (CPE) à Reims. Une version dédiée à la formation continue d'enseignants a été créée et testée auprès d'une quinzaine d'enseignants et de conseillers pédagogiques dans le cadre du plan de formation départemental de la Marne. L'expérience s'étant avérée concluante, la plateforme sera prochainement proposée dans d'autres académies pour la formation continue.

Crane Rogers

Chargé de mission, Réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRÉS), IUFM de l'académie de Lyon, site de la Loire, Saint-Étienne,

Dominique Berger

Maître de conférences, Université Claude Bernard Lyon I, IUFM de l'académie de Lyon.

1. Le Réseau UNIRÉS est au service de tous les acteurs impliqués dans la formation en éducation à la santé. Son objectif est de développer des actions dans le domaine de l'éducation à la santé. Il s'agit de valoriser le travail déjà réalisé, de soutenir le développement de formations initiales et continues et de contribuer à une meilleure articulation des actions avec les partenaires institutionnels. Pour plus d'informations sur cette plateforme, vous pouvez consulter le site d'UNIRÉS : <http://plates-formes.iufm.fr/education-sante-prevention/>

2. Le socle commun de connaissances et de compétences est une disposition majeure de la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005. Il désigne un ensemble de connaissances et de compétences que les élèves doivent maîtriser à l'issue de la scolarité obligatoire pour poursuivre leur formation, construire leur avenir professionnel et réussir leur vie en société.

3. Kit de formation de formateurs « Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé » distribué par l'Inpes.

4. Moyennes par cohorte entre 3,5 et 4,2 sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (très satisfait) dans l'évaluation d'environ trois cents étudiants des masters de Lyon et de Saint-Étienne.

Référence bibliographique

(1) Loizon D., Gruet M. L'enseignement de l'éducation à la santé en écoles élémentaires par des intervenants en éducation physique et sportive. *Carrefours de l'éducation*, n° 32 (à paraître).

Enquête sur la formation en promotion de la santé en Amérique centrale et latine

En Amérique centrale et latine, des experts ont évalué vingt-huit formations en promotion de la santé de treize pays. Les résultats montrent l'intérêt de former les professionnels pour soutenir ou créer des environnements favorables à la santé, en particulier dans les régions confrontées à des situations sanitaires difficiles. Une partie de ces formations s'inscrit dans une véritable démarche de « promotion de la santé », en essayant d'agir sur les déterminants socio-économiques et d'améliorer ainsi la condition des populations.



Un travail d'analyse d'expériences de vingt-huit formations en promotion de la santé a été réalisé dans treize pays d'Amérique centrale et latine¹ (*lire l'encadré*). Cette initiative a été lancée par le Consortium interaméricain des universités et des centres de formation pour le personnel de l'éducation sanitaire et de la promotion sanitaire (CIUEPS). Les résultats ont été publiés en 2010 (1). L'objectif était de dresser un état des lieux utile pour l'avenir.

Partager un socle commun de compétences

L'analyse identifie des points de convergence et de divergence entre les diffé-

rentes formations, afin de poser un socle commun minimum en termes de compétences nécessaires à acquérir pour les professionnels. Cette approche comparative ne néglige pas les orientations propres à chaque pays, chacun ayant ses propres spécificités culturelles, politiques et sociales. Cette étude valorise les capacités des spécialistes en promotion de la santé, et permet aux employeurs d'identifier ce qu'ils peuvent attendre d'eux.

Deux sortes de formations en promotion de la santé ont été recensées : soit intégrées dans d'autres cursus (par exemple en santé publique), soit spé-

cifiques, aux niveaux doctorat, master, licence, etc.

La typologie établie permet de scinder les formations en quatre catégories : orientation conceptuelle liée à l'éducation pour la santé ; principes et méthodologies ancrés dans les approches de promotion de la santé et conçus comme une approche théorique à part entière ; formation mixant éducation et promotion de la santé ; thématiques spécifiques dans le champ de l'éducation ou de la promotion de la santé. En ce qui concerne les masters, des formations spécifiques en promotion de la santé existent au Brésil, à Cuba, au Pérou, en Espagne, au Puerto Rico et en Argentine.

Approches communautaires et participatives

Une analyse transversale montre un essor important ces vingt dernières années des formations en promotion de la santé dans chacun des pays mais aussi au niveau international. La formation des professionnels vise à développer leurs capacités, à planifier, mettre en œuvre et évaluer des programmes permettant de maintenir des communautés en santé sur la base des valeurs de la promotion de la santé tels que la justice sociale et l'équité. Les différents programmes ont intégré des spécificités culturelles locales, en particulier liées au contexte politique de chacun des pays et à la représentation collective implicite et explicite de l'apprentissage et de l'éducation. D'autres spécificités sont liées aux cultures professionnelles pré-existantes. Ainsi, par exemple, les

approches communautaires et participatives sont parfois fortement ancrées dans les cultures professionnelles d'un pays, où le travail multidisciplinaire est le cadre habituel de référence, ou encore la place donnée aux valeurs, au cadre éthique et à la réflexion croisée des étudiants et des professionnels est centrale. Les points de convergence des programmes concernent essentiellement la perspective éducative et la vision du rôle social des futurs professionnels. Les divergences portent principalement sur le niveau d'approfondissement de différentes thématiques et le développement des capacités.

Formations : du prescriptif à l'interactif

En ce qui concerne la structuration des cursus, il y a une forte tendance au développement de formations prescriptives (basées sur des compétences et le développement d'approches techniques de résolution de problèmes) et des formations plutôt humanistes et prenant en compte l'interaction (notamment avec le contexte sociopolitique) et l'impact social. Même si, à première vue, ces approches semblent contradictoires, on constate que la plupart des cursus les marient efficacement. Ainsi, les professionnels qui se forment à la promotion de la santé sont aussi préparés pour participer à la reconstruction sociale. Avec une primauté accordée à la résolution de problèmes tels que la pauvreté, le racisme, l'abus des groupes marginalisés, la discrimination, la corruption, etc., ils développent des compétences et une efficacité technique appropriées. Ces formations ont majoritairement pour

principe d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Développer des approches innovantes

Le développement des formations universitaires a eu un impact positif sur le développement et la structuration de la promotion de la santé. Par exemple, il y a eu une progression importante du nombre de recherches réalisées dans ce domaine, en particulier pour les sciences sociales. Autre effet positif, le développement de programmes de promotion de la santé à destination des étudiants, du personnel universitaire (enseignant ou pas) avec des répercussions dans les communautés environnantes aux sites universitaires. Les initiatives universitaires d'intervention dans les communautés, milieux de vie – au travers de programmes innovants de promotion de la santé et de soutien de ces programmes – ont provoqué des changements favorables sur le plan social. Enfin, l'expertise universitaire en promotion de la santé, par son intervention dans les instances décisionnaires, a contribué au développement de politiques publiques favorables à la santé, au développement d'un *leadership* communautaire, et a soutenu les approches participatives et l'*empowerment*.

Cette analyse à laquelle participe une trentaine d'établissements de formation a permis de développer des approches innovantes en formation sur la promotion de la santé. En voici quelques exemples : un projet d'identification de compétences en promotion de la santé et d'élaboration de documents concep-

tuels sur la formation des ressources humaines, la publication de modèles et d'expériences de formation dans le contexte ibéro-américain, le développement de la recherche sur la formation en promotion de la santé et de formations spécifiques, une formation en ligne, une formation « itinérante » sur les politiques publiques en promotion de la santé développée par des enseignants issus de plusieurs pays, etc.

Le CUIEPS participe par ailleurs à l'initiative du Réseau ibéro-américain des universités promotrices de santé (RIUPS) qui s'est développé à partir des années 2000. Depuis 2003, un congrès international se tient tous les deux ans dans ce cadre. Un guide sur les universités en santé a été publié et une charte a établi le cadre conceptuel, les objectifs, les valeurs et les principes pour développer des initiatives dans les établissements (2).

Hiram Arroyo

Professeur, département Sciences sociales,
Escuela Graduada de Salud Pública,
université de Puerto Rico,
Coordinateur du CUIEPS,

Jeanine Pommier

Enseignant-chercheur, département SHSC,
EHESP, Membre du Centre de recherches
sur l'action politique en Europe (Crape),
UMR 6051, Rennes, France.

1. Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Salvador, Mexique, Pérou, Puerto Rico, République dominicaine et Uruguay. L'Espagne était également incluse dans cette étude.

Argentine, Brésil, Uruguay : des formations pour les professionnels

Parmi ces vingt-huit formations recensées en Amérique centrale et latine, les formations en promotion de la santé de niveau licence et master coexistent avec des formations continues de longue durée pour les professionnels. En voici une illustration à travers trois exemples.

- En Argentine, une formation continue regroupe des professionnels en sciences humaines et sociales et des professionnels de santé. L'objectif est de prendre appui sur le système de santé primaire et sur les communautés, en particulier dans les quartiers, afin de développer des stratégies participatives en éducation et promotion de la santé. Un travail sur les déterminants de la santé est mené via une action intersectorielle.
- Au Brésil, tous les professionnels de santé du service public sont formés à la promotion de la santé. Ces formations pluridisciplinaires bénéficient entre autres aux professionnels/chercheurs dont les connaissances permettront de développer des projets viables et réalistes par le développement de la participation des communautés et par l'action sur les environnements.
- En Uruguay, la promotion de la santé est intégrée au niveau de la formation initiale des professionnels de santé (médecine, odontologie, nutrition).

► Références bibliographiques

- (1) Arroyo H.V. *Promoción de la Salud: Modelos y Experiencias de Formación Académica-Profesional en Iberoamérica*. Division de impresos, San Juan de Puerto Rico, 2010 : 633 p.
- (2) Guía para Universidades saludables y otras instituciones de Educación Superior. Trabajo conjunto del Programa UC saludable de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el INTA de la Universidad de Chile, de la OPS/OMS, con el apoyo técnico del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, Vida Chile et el Ministerio de la Salud de Chile, 2006.

Entretien avec le docteur Cheikh Tidiane Athié, président de l'ONG Action et Développement (AcDev), coordonnateur de l'Université francophone de Dakar en promotion de la santé.

« La promotion de la santé nécessite de travailler sur nombre de déterminants »

Inspiré et soutenu par l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon, un projet novateur a vu le jour au Sénégal : l'université francophone de Dakar en promotion de la santé. Depuis 2008, chaque année, professionnels et acteurs locaux viennent se former à la promotion de la santé, concept émergent en Afrique. Cheikh Tidiane Athié explique l'ampleur de la tâche et l'intérêt de familiariser les professionnels mais aussi les élus à ce concept, dans un contexte toutefois difficile par le manque de moyens humains et financiers.

La Santé de l'homme : Quels sont les objectifs de l'Université de Dakar en la promotion de la santé ?

Les objectifs sont de proposer à des acteurs professionnels, intervenant dans le champ de la santé dans les pays du Sud et du Nord, un cadre de formation et d'échanges sur les pratiques et les savoirs en matière de promotion de la santé. Nous essayons ainsi de concourir à l'harmonisation et au partage d'un concept qui, sur notre continent, est peu connu des professionnels de la santé. L'Université de Dakar a été inspirée et soutenue par l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon. À travers des modules spécifiques, adaptés à notre contexte, nous nous efforçons de faire le lien entre action et recherche, et tentons d'apporter des éléments de réponses pratiques. Pour cela, nous mobilisons les compétences du Nord et du Sud grâce à l'appui de nombreux partenaires¹. La quatrième édition de notre université s'est tenue en octobre 2011. Elle a accueilli des praticiens de la santé, des représentants d'ONG et d'administrations, des enseignants et universitaires, des élus, soit deux cent cinquante-quatre participants de vingt-sept pays d'Afrique, du Canada et d'Europe, tous francophones.

S. H. : Comment s'organise cette université ?

La promotion de la santé est le fil conducteur de l'ensemble des enseignements de l'université. Cet ensemble s'organise autour de onze modules très variés (*lire l'encadré ci-dessous*). Nous investissons beaucoup sur toutes ces thématiques et notamment sur le besoin, pour nos participants africains, d'échanger sur des notions qui restent complexes comme les déterminants de la santé. Ici en Afrique, nous avons souvent des programmes construits de façon verticale : ils ne font pas assez de place aux déterminants de la santé, c'est-à-dire aux milieux de vie, à l'environnement, au contexte économique, à l'éducation, aux droits

fondamentaux de l'être humain, etc. C'est la raison pour laquelle nous avons donné cette orientation à notre université. Par ailleurs, comme les formations sont ouvertes à des professionnels médicaux et non-médicaux, qui travaillent sur les politiques de santé, nous nous devons également de prendre en compte l'évolution des programmes au sein de ces politiques. Et nombre d'universitaires participent ou pilotent des modules. Les formations proposées lors de notre quatrième édition étaient articulées autour de trois axes : l'organisation du système de santé, les méthodes pour l'intervention, l'évaluation et l'approche par population et par thème. Nos formations se sont aussi intéressées à l'impact de l'environnement sur la santé.

Onze modules pour l'Université francophone de Dakar en promotion de la santé en 2011

Organisation du système de santé

- Politique de santé, réformes en cours et approches stratégiques : bonne gouvernance, décentralisation et réformes hospitalières
- Promotion de la santé
- Financement de la santé, assurance maladie et protection sociale
- Promotion de la santé et cadre d'accélération des objectifs du millénaire pour le développement (OMD)¹, liés à la santé

Méthodes pour l'intervention et l'évaluation

- Éducation pour la santé : de l'intention à l'action ! Communication pour un changement de comportement
- Pratiques communautaires en santé
- Évaluation des interventions en santé

Approches par population et par thème

- Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes : vers une approche multisectorielle pour répondre aux besoins de la cible
- Santé maternelle et périnatale : approche nouvelle
- Le développement des communautés : quand la promotion de la santé implique les populations
- Plaidoyer pour la promotion de la santé, des droits sexuels et de la procréation

1. Il y a huit objectifs : réduction de l'extrême pauvreté et de la faim ; assurer l'éducation primaire pour tous ; promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; améliorer la santé maternelle ; combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; assurer un environnement durable ; mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

S. H. : Vous proposez une démarche participative lors de vos Universités. Comment cela se passe-t-il ?

De deux façons : par des controverses sur des sujets d'actualité et par l'octroi de bourses *via* un concours de posters. Nos controverses sont des points forts de nos temps d'échanges. Lors de notre dernière édition, elles ont traité notamment le sujet de la contractualisation en santé (*NDLR : c'est-à-dire comment un porteur de projet peut contractualiser avec les pouvoirs publics et/ou les financeurs*). C'est un thème d'actualité dans le domaine de la santé, particulièrement dans le contexte sénégalais de décentralisation. Nous souhaitons ainsi apporter des éléments qui pourront être pris en compte dans les stratégies à venir. Quant à nos concours de posters, ils traduisent concrètement le caractère participatif et interactif de l'Université. Le concours concerne une thématique de santé et quatre bourses sont mises en jeu : trois pour participer à l'Université de Besançon et une pour celle de Bruxelles. Les thématiques abordées à Dakar ont été variées : le plaidoyer pour la promotion de la santé, les droits sexuels et la question de la procréation ; le VIH/sida ; la malnutrition et l'éducation pour la santé ; l'audit interne d'un établissement de santé.

S. H. : Quels sont les enjeux en matière de formation en promotion de la santé au Sénégal ?

Si la promotion de la santé existe dans le monde depuis plus de vingt ans, sur le continent africain, en revanche, nous n'en sommes encore qu'aux balbutiements. L'enjeu de la connaissance et du partage est donc capital. D'ailleurs, nous constatons que le module sur la promotion de la santé est le plus demandé ; ceci nous amène à réfléchir avec nos partenaires pour ouvrir la thématique de façon à ce qu'elle soit adaptée à nos contextes. La promotion de la santé met en avant une approche globale, elle nécessite donc de travailler sur beaucoup de déterminants. De plus en plus, dans nos propres pays, nous prôtons, en matière de santé publique, une approche multisectorielle. Mais cette approche n'est mise en œuvre que sur quelques programmes spécifiques. D'une manière globale, les questions d'éducation et d'information en santé sont, dans notre contexte singulier, trop centrées sur l'individu. Elles ne prennent pas en compte les autres aspects comme les conditions de vie ou les difficultés environnementales et sociales. Le déficit de connaissances est ici incontestable. Et le contexte économique pèse sur les personnes. Le pari de nos Universités est

d'initier une véritable réflexion sur l'ensemble de ces liens.

S. H. : Quelles sont les principales compétences à développer en matière de promotion de la santé ?

Nous devrions développer davantage la formation de formateurs et ainsi ouvrir plus largement le spectre des échanges. Nous voudrions pouvoir toucher de plus en plus de professionnels et d'acteurs divers et ainsi mettre en action des stratégies adaptées en promotion de la santé. Je pense surtout aux élus locaux, à qui l'État a transféré la compétence en matière d'éducation à la santé, mais n'a pas fait suivre les moyens adaptés. Les collectivités locales n'ont pas, en ce domaine, de ressources humaines formées. Elles sont pourtant au centre des stratégies à mettre en œuvre pour apporter des réponses touchant à la vie quotidienne des gens. Voici une stratégie cruciale à développer. Par ailleurs, il nous faut développer nos échanges au sein même de l'Afrique. Car nos particularités, nos différents terrains d'action d'un pays à l'autre sont riches d'enseignements. À ce titre, je me réjouis qu'en mars 2012, Tunis accueille sa première Université francophone de la promotion de la santé.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**,
Journaliste.

Besançon, Dakar, Bruxelles, Tunis : quatre Universités « sœurs » en santé publique et en promotion de la santé

L'agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté et la faculté de médecine et de pharmacie de Besançon sont à l'origine du développement de ce réseau, soutenu par de nombreux partenaires dont l'Inpes. Après Besançon, Dakar a été la première Université à l'intégrer. Elle organise d'ailleurs chaque année une session de formation et d'échanges ouverte aux professionnels autour du thème de la promotion de la santé. Depuis l'an dernier, deux autres Universités « sœurs » ont été créées ou sont en voie de l'être : Bruxelles en 2011 et Tunis en mars 2012.

La référence commune à ces quatre manifestations est la Charte d'Ottawa, qui définit la promotion de la santé. Comme l'indiquent les organisateurs de l'université d'été de Besançon, autour du tryptique apprendre/comprendre/échanger, « les Universités "sœurs" ont été conçues comme des temps de formation mais aussi d'échanges et de partage au service de la promotion de la santé entre des personnes de tous horizons, artisans de la santé publique : professionnels de la santé et de l'éducation, acteurs du champ associatif, chercheurs, patients, enseignants, usagers, personnes venant des pays du Nord et du Sud. » À titre d'exemples, voici les thèmes qui seront abordés à Besançon en juillet prochain : médicament et santé publique, usagers de santé, éducation thérapeutique, recherche bibliographique, dépistages en santé publique, etc.

Les prochains rendez-vous :

- 1^{ère} université du Maghreb à Tunis du 25 au 30 mars 2012 ;
- 2^e université de Bruxelles du 2 au 6 avril 2012 ;
- 9^e université de Besançon du 1^{er} au 6 juillet 2012 ;
- 5^e université de Dakar du 21 au 26 octobre 2012.

Plus d'infos sur le site : <http://www.ars.sante.fr/Besancon.96237.0.html>

1. Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention du Sénégal ; université de Franche-Comté, faculté de médecine et de pharmacie de Besançon ; Université d'été de santé publique de Besançon ; ONG Équilibres & Populations (France) ; ambassade de France au Sénégal ; Réseau francophone international de promotion de la santé (Refips)/Canada ; Institut de population, développement et santé de la reproduction (IPDSR)/Sénégal ; Institut national de santé publique du Québec ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ; Institut de santé et de développement de l'université de Dakar ; Institut de formation en santé communautaire de Bambey (Sénégal) ; École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles ; Unicef/Sénégal ; Société française de la santé publique bucco-dentaire ; Cellule du financement de la santé et du partenariat ministère de la Santé/Sénégal ; association Santé, Communauté et Participation (Sacopar)/Belgique.

Pour en savoir plus

La prochaine Université de Dakar se tiendra du 21 au 26 octobre 2012. Contact : Université de Dakar en promotion de la santé, ONG AcDev. 44, Cité Lobatt FALL, Pikine – BP : K5049 Dakar/Sénégal. Tél. : 00221 33 834 65 98. Mail : univpromosantedkr@acdev-int.org ; ctathie@yahoo.fr Site : acdev-int.org

Pour en savoir plus

En complément de ce dossier consacré à la formation en promotion de la santé, nous avons souhaité présenter une sélection de sources en trois parties. La première, à destination des formateurs, présente des ressources utiles à la réalisation d'une formation en promotion de la santé : ouvrages de références, techniques d'élaboration et d'animation des formations, mais aussi quelques supports pédagogiques pour les formateurs. La deuxième partie est conçue pour les personnes voulant se former en promotion de la santé. Elles trouveront ici les principaux instituts et organismes dispensant des formations dans ce domaine (à ce titre, nous les remercions pour leur contribution à cette rubrique). La troisième partie propose une sélection d'organismes ressources en promotion de la santé avec des sites Internet spécialisés, proposant des documents et des guides pratiques pour la plupart téléchargeables. Nous avons également indiqué les principaux centres de ressources mettant à disposition des outils d'intervention.

Les liens des sites Internet mentionnés ont été consultés le 1^{er} décembre 2011.

► Ressources théoriques et pratiques pour les formateurs

Ouvrages

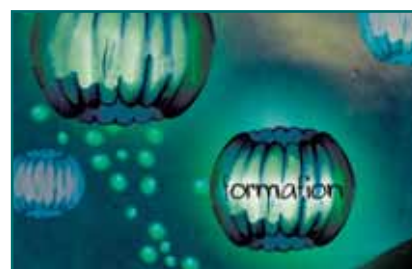
- Lebrun M., Smidts D., Bricoult G. *Comment construire un dispositif de formation ? Guide pratique à l'usage des enseignants, des formateurs, des concepteurs pédagogiques*. Bruxelles : De Boeck Supérieur, coll. Guides pratiques, 2011 : 176 p.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation : volet formation continue*. Montréal : INSPQ, juin 2008 : 78 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/800_Cadre_de_reference.pdf
- Lorto V., Moquet M.-J. dir. *Formation en éducation pour la santé : Repères méthodologiques et pratiques*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2009 : 100 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1263.pdf>
- Jourdan D. *Éducation pour la santé : Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 160 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1272.pdf>
Disponible en anglais : *Health education in schools. The challenge of teacher training*. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1380.pdf>



- Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) de Languedoc-Roussillon. *Techniques d'animation en éducation pour la santé : Fiches synthétiques proposées par le Comité régional d'éducation pour la santé*. Montpellier : Cres Languedoc-Roussillon, janvier 2009 : 46 p. En ligne : http://sd-1.archive-host.com/membres/up/185855205323779033/Techniques_danimation.pdf
- Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) de Bretagne, Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) Côte d'Armor, Finistère, Ille-et-Villaine, Morbihan.
– *Quelques expériences de techniques d'animation en formation*. Rennes : Ireps Bretagne, juin 2008 : 16 p. En ligne : http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/techniques-animation.pdf
– *La technique de l'étude de cas*. Rennes : Ireps Bretagne, juin 2008 : 20 p. En ligne : http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/etude-cas.pdf
- Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) de Bretagne. *Former à intervenir en éducation pour la santé : guide du formateur*. Deux classeurs : « Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé » ; « Former à intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité ». Rennes : Cres Bretagne, 2003 : 153 p./78 p. En ligne : <http://www.cresbretagne.fr/Productions-2-guideformateur.htm>
- De Peretti A., Boniface J. *Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation*. Thiron : ESF Editeur, coll. Pédagogies, 2009 : 572 p.

Supports pédagogiques pour les formateurs

- **Profédus**, « Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé », est un outil qui offre un ensemble de ressources au service de la formation des étudiants en formation initiale (masters) et des enseignants en



activité. Il est destiné à tous ceux qui interviennent dans ce domaine quel que soit leur statut ou leur institution de rattachement. Cet outil présente la double caractéristique d'être à la fois enraciné dans les résultats des travaux de recherche internationaux sur l'éducation à la santé à l'école et de capitaliser l'expérience de cent quatre-vingt-dix contributeurs. Il résulte d'une collaboration à long terme de l'équipe de recherche « éducation à la santé en milieu scolaire » PAEDI EA 4281 de l'IUFM d'Auvergne (université Blaise-Pascal-Clermont-Ferrand II), du Réseau universitaire/IUFM pour l'éducation à la santé (UNIRÉS) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Profédus rassemble des éléments qui aident le formateur à préparer sa formation et lui permettent d'illustrer la démarche pédagogique en éducation à la santé lors du temps de formation. Ces contenus sont utilisables en formations initiales (masters) et continues et sont destinés au premier degré (école maternelle et élémentaire) comme au second degré (collège et lycée). Plus d'infos sur le site de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils-profedus.asp>

- Le classeur « **Alimentation Atout Prix** » propose des fiches techniques scientifiques et pédagogiques. Il est construit autour de trois grands axes de l'acte alimentaire : acheter, préparer, manger. Ces trois axes correspondent aux chapitres « Acheter atout prix », « Préparer atout prix », « Manger atout prix ». Un chapitre préalable est consacré à la définition, avec les utilisateurs, d'un cadre éthique de référence

autour d'actions d'éducation nutritionnelle à réaliser avec des personnes en situation de précarité. Cet outil permet de réaliser des expérimentations fictives ou réelles autour de situations quotidiennes (lecture d'emballages, élaboration de listes d'achat, calcul de prix de revient, confection de plats, jeux de découvertes sensorielles, etc.). Le classeur est accessible en ligne sur le site de l'Inpes : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/nutrition/nutrition_classeur_alimentation.asp

• **Le DVD sur les inégalités sociales de santé (ISS)** a été réalisé dans la foulée de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé tenue à Québec dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (Jasp), les 17 et 18 novembre 2008. Il contient un outil d'animation pédagogique accompagné d'un petit guide d'animation et d'une vidéo ayant servi d'ouverture à la Rencontre. Réalisé par le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, avec la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour sa production et diffusion, ce DVD peut être obtenu auprès du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips) : <http://www.refips.org>

• **La Boîte à outils en éducation du patient** : un support technique à la préparation et à l'animation de formations. L'Inpes met à disposition des enseignants et des formateurs une « Boîte à outils en éducation du patient », disponible en deux versions : site Internet et DVD-Rom. Elle constitue un support technique à la préparation et à l'animation de séances de formation en éducation thérapeutique du patient (ETP), en formation initiale ou continue, de tous types de professionnels de santé. Certains des éléments proposés, notamment dans la rubrique techniques d'animation, peuvent être utiles pour les formateurs en promotion de la santé. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=professionnels-sante/outils/boite-outils.asp>

► Formations en promotion de la santé

• **Les pôles régionaux de compétences et instances régionales d'éducation et de promotion de la santé** (Ireps) proposent dans chaque région des formations, sur catalogue ou à la demande. Vous pouvez retrouver ces instances (sites Web, coordonnées) à partir de la carte des instances régionales mise à disposition sur le site de l'Inpes : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/comites/reseau_recherche_com.asp
Et, pour les Ireps, la liste des contacts en France pp. 50-51 de ce numéro.

• **L'École des hautes études en santé publique** (EHESP) et l'Inpes collaborent depuis 2010 pour la formation, le transfert de connaissances et la recherche en promotion de la santé. Sous la direction d'Éric Breton, la chaire est rattachée au département de Sciences humaines et sociales et comportements de santé (SHSC) de l'EHESP. Pour plus d'informations : <http://www.ehesp.fr/recherche/les-chaire/chaire-inpes-promotion-de-la-sante-a-ehesp/>. L'EHESP propose d'autres formations continues en promotion de la santé, et notamment un certificat en promotion de la santé dont le programme est consultable en ligne : <http://formation-continue.ehesp.fr/certificat/6>. Le catalogue des formations est accessible sur le site de l'EHESP : http://formation-continue.ehesp.fr/wp-content/uploads/2011/08/CATALOGUE-2012_clicable.pdf



• **De nombreuses formations universitaires** en promotion et éducation pour la santé (DU, licences, masters 1 et 2) sont dispensées en France. L'Inpes met à disposition sur son site Web une liste non exhaustive, et des fiches de présentation de quarante et une de ces formations : <http://www.inpes.sante.fr/Formation-sEpS/liste.asp>

• **Le Réseau UNIRÉS¹**, partenaire des IUFM, organise des formations diverses destinées aux formateurs des professionnels qui interviennent en éducation pour la santé auprès de publics d'âge scolaire, dans ou hors l'école : formations de formateurs thématiques, journées d'études, d'échanges, d'analyse de pratiques sur différents thèmes, formations de formateurs s'appuyant sur l'outil Profédus², etc. UNIRÉS développe des outils, des ressources et des modules en formation ouverte et à distance pour la formation d'intervenants en éducation pour la santé en milieu scolaire. Le Réseau UNIRÉS organise également des séminaires et des colloques sur les pratiques et sur la recherche en éducation pour la santé. Pour tout renseignement complémentaire, contacter Léla Bencharif, chargée de mission du Réseau UNIRÉS : lela.bencharif@univ-lyon1.fr

• **Le Centre national de la fonction publique territoriale** (CNFPT) propose des formations réservées aux agents publics territoriaux. En particulier, le centre CNFPT-Inset de Nancy propose des formations sur la santé, notamment sur l'organisation de la santé en France et sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
Pôle de compétences santé du Centre national de la fonction publique territoriale CNFPT-Inset de Nancy
1, boulevard d'Australie – 54000 Nancy
<http://www.inset-nancy.cnfpt.fr>

• **Le réseau des Universités « sœurs » en santé publique et en promotion de la santé** organise, chaque année, des sessions d'une semaine ouvertes à toutes les personnes intéressées par la santé publique. Ces rencontres ont lieu à Besançon, Dakar, Bruxelles et bientôt Tunis. Depuis novembre 2011, une newsletter est mise en ligne pour se tenir informé de l'actualité du réseau : <http://www.ars.sante.fr/La-lettre-des-Universites-soe.125164.0.html>

• **L'Institut Théophraste Renaudot** est un centre de ressources qui a pour vocation de promouvoir les pratiques de santé communautaire. Des formations en promotion de la santé, et notamment sur la démarche communautaire, sont dispensées. L'Institut se concentre également sur l'accompagnement des acteurs sur le terrain au travers de diagnostics, de conseils méthodologiques, d'échanges de pratiques et de recherches-actions.

Institut Théophraste Renaudot
20, rue Gerbier – 75011 Paris
Tél. : 01 48 06 67 32 – Fax : 01 48 06 10 67
<http://www.institut-renaudot.fr>
contact@institut-renaudot.fr

► Ressources pour l'intervention en promotion de la santé

Organismes ressources

• **L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé** (Inpes) est un établissement public administratif créé en 2002. L'Institut est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la formation. Le site Internet permet d'accéder à des informations sur les campagnes de prévention, aux résultats d'études, à divers outils téléchargeables ainsi qu'à la revue *La Santé de l'homme* : www.inpes.sante.fr

- **Le Réseau francophone international en promotion de la santé** (Réfips), créé en 1991, réunit les acteurs francophones pour la promotion de la santé. Le site du réseau propose de nombreuses publications téléchargeables en ligne, notamment des guides pratiques utiles aux interventions de terrain.
<http://www.refips.org/accueil.php>

- **Promosanté**, développé par le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips), est un site Internet ayant pour mission d'outiller les intervenants francophones en promotion de la santé au Canada et dans l'espace francophone international pour qu'ils puissent intervenir plus efficacement auprès de leurs communautés. Ayant pour vocation de devenir une référence pour la recherche d'informations sur les meilleures pratiques, Promosanté est doté d'un moteur de recherche permettant de rechercher par thèmes, populations-cibles, milieux de pratique, stratégies de pratique, zone, processus en promotion de la santé. Le site fournit aux professionnels un moyen de donner de la visibilité à leurs pratiques et leurs ressources. Il propose un accès rapide à la définition des concepts de base en promotion de la santé et à une sélection de sites Internet francophones en promotion de la santé.
<http://www.promosante.org>

- **L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé** (UIPES) est une association mondiale interprofessionnelle fédératrice des acteurs de l'éducation et de la promotion santé. Le site de l'UIPES informe sur les actualités en promotion de la santé : appels à contribution, conférences, etc., et propose une rubrique « publications » assez fournie ; elle référence les publications de l'UIPES mais aussi des publications externes des partenaires de l'association. <http://www.iuhpe.org/>

- **Promotion Santé Suisse** est une institution qui initie, stimule et réalise des activités destinées à promouvoir la santé de tous. Elle rassemble en une institution des représentants de la confédération, des cantons, des assureurs, de la Suva (l'organisme suisse d'assurance obligatoire contre les accidents), des médecins, de la science, d'organisations qui œuvrent dans le domaine de la prévention des maladies, etc. Le site Web donne un accès libre à des bases de connaissances en promotion de la santé, comprenant des publications téléchargeables en ligne, mais aussi des éléments détaillés sur les évaluations. Promotion Santé Suisse a réalisé à ce titre un site Web entièrement consacré au processus d'évaluation : <http://www.quintessenz.ch/fr>
Plus d'infos sur : <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/index.php>

- **Le réseau français des villes-santé de l'OMS** a été initié par l'OMS au niveau européen en 1986, pour ensuite s'étendre au réseau national à partir de 1988. Ses objectifs sont d'améliorer les conditions de vie, de travail, la qualité de l'environnement, les relations sociales et la culture au sein des villes. En France, soixante-dix villes et deux communautés d'agglomération en font partie. Le site Internet du réseau propose une actualité sur ses activités ainsi que les publications clés du champ de la promotion de la santé.
<http://www.villes-sante.com/>



- **Doctes** est une base de données bibliographiques créée en 1984 sous l'égide de l'université catholique de Louvain. Elle est alimentée par un réseau (« RESODOC ») de plusieurs centres de documentation en promotion et éducation pour la santé (huit centres de documentation y contribuent). La promotion de la santé est le cœur des thématiques présentes dans la base de données : éducation du patient, habitat, comportement de santé et mode de vie, etc. Cette base de données, régulièrement mise à jour, propose des ressources exhaustives et pertinentes. Une seconde base de données présente sur le site, la base « lexique », propose de nombreuses définitions de concepts en santé publique.
<http://www.uclouvain.be/reso-bdd.html>

- **L'annuaire de sites de la Banque de données en santé publique** (BDSP) référence les sites Web clés du domaine de la santé. Alimenté par les documentalistes de la Banque de données en santé publique, il est un réseau de coopération pour la mise en ligne de sources d'information en santé publique. La rubrique « Annuaire de sites » propose une sous-rubrique « Promotion de la santé » référençant actuellement 147 sites Internet.
<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Webs/>
- **Promo Santé Net** est le site « portail » référençant l'ensemble des sites Web de la promotion santé en Belgique.
<http://www.promosantenet.be/>

- Voir aussi le n° 410 de **La Santé de l'homme**, avec un dossier central consacré au thème : « S'informer, se documenter en éducation et promotion de la santé ». Une sélection de ressources bibliographiques (revues, articles, centres de ressources) y est recensée.

Outils d'intervention

- **La Pédagothèque**, mise en place en 1997 et coordonnée par l'Inpes, est un dispositif national d'analyse et de valorisation d'outils d'intervention en promotion de la santé. Porté par les pôles régionaux de compétences, son objectif est d'aider les professionnels des secteurs sanitaire, social et éducatif à choisir le matériel pédagogique le plus pertinent pour la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé. La Pédagothèque propose ainsi des fiches d'analyse de divers supports, élaborées à partir d'une grille de critères de qualité et validées par l'Inpes avant leur mise en ligne sur son site Internet. À ce jour, deux cent neuf outils y sont répertoriés. À noter : en 2011, vingt-quatre pôles participent au dispositif et quatre-vingt-quatorze nouveaux supports devraient à leur tour être évalués.
<http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=pedagotheque/presentation.asp>

- **PIPSa** (Pédagogie interactive en promotion de la santé) est le site Web de l'Outilthèque santé, un programme de promotion de la santé financé par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Le site PIPSa propose une collection d'outils pédagogiques utiles en promotion de la santé et disponibles en Belgique francophone. Chaque outil est présenté de façon détaillée et est accompagné d'une évaluation selon des critères de qualité.
<http://www.pipsa.be/>

- **Le catalogue collectif « Bop »** présente les outils disponibles au sein du réseau des comités des régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Plus de 1 000 outils sont aujourd'hui référencés dans ce catalogue. « Bop » est complété d'une base bibliographique en éducation pour la santé (Bib). Ces deux bases sont accessibles à l'adresse : <http://www.cres-paca.org/bib-bop/>

Laetitia Haroutunian
Documentaliste,
Emmanuelle Hamel,
Chef du département Formation et ressources,
Inpes.

1. www.iufm.fr/education-sante-prevention
2. <http://www.inpes.sante.fr/>

Entretien avec Jeannine Langleur, directrice du Planning familial de Vaucluse, responsable du programme « Handicap et alors ? », et Christine Legrand, conseillère conjugale et familiale, Planning familial.

« Faire changer le regard porté sur la sexualité et le handicap »

Le Planning familial de Vaucluse a reçu un prix de la Fondation de France pour son programme « Handicap et alors ? » sur la thématique du handicap et de la sexualité. Au menu : formation des professionnels, écoute des personnes en situation de handicap, actions de prévention, groupes de paroles pour les parents. L'un des objectifs forts est de faire changer le regard des professionnels, des parents, des intervenants, donc de l'ensemble de la société sur un sujet qui demeure encore largement tabou.

La Santé de l'homme : Pourquoi avez-vous élaboré ce programme de formation sur le handicap et la sexualité ?

Jeanine Langleur : La confrontation des pratiques d'un certain nombre d'animaatrices et de conseillères conjugales et familiales, sur une thématique difficile à aborder qui est la vie sexuelle et affective des personnes en situation de handicap, est à l'origine de ce programme. Une dizaine de nos collègues ont souhaité échanger entre homologues des départements des Bouches-du-Rhône et de Languedoc-Roussillon, sur leur savoir-faire et savoir-être tant dans l'accompagnement que dans leurs interventions auprès du public accueilli dans les établissements. En outre, un état des lieux des actions de prévention menées sur le plan national par le Planning familial a été établi fin 2009. Les résultats de ces rencontres menées deux années durant ont permis de donner naissance à un programme d'intervention intitulé « Handicap et alors ? », avec le soutien de la Fondation de France et de la Fondation Chèque Déjeuner, et qui a été mis en œuvre tout au long de l'année 2011. Ce programme est le suivant :

- organisation d'une rencontre institutionnelle permettant de réfléchir sur les

conditions d'accueil, l'adaptation du règlement intérieur, l'aménagement d'espaces permettant les rencontres, l'intimité ;

- formation de l'équipe de professionnels intervenant dans les établissements ;
- mise en place de séances de prévention auprès des personnes en situation de handicap accueillies dans l'établissement, séances assurées par cette équipe de professionnels. Il s'agit d'un programme de trois ou six séances d'écoute, d'échanges, d'information, d'une durée d'une heure, sur les thèmes qui sont la préoccupation des personnes : la relation à l'autre, par exemple, comment savoir dire non, comment faire entendre qu'une personne du groupe me plaît, comment avoir une relation sans courir de risque (prévenir une grossesse non désirée, les IST, le sida), qui puis-je contacter si je subis des violences ; des questions parfois en lien avec ce qu'ont vécu récemment les personnes, par exemple le deuil : dans un groupe où un professionnel intervenait, il y avait eu un suicide ; lors des séances suivantes, les personnes ont abordé cette souffrance ;
- proposition de permanences d'entretiens individuels ;
- groupes de paroles s'adressant aux familles et aux proches.

S. H. : À qui ce programme s'adresse-t-il ?

J.L. : Il nous a semblé essentiel de cibler plusieurs niveaux d'intervention car il est fondamental de réfléchir avec l'ensemble des intervenants – professionnels, parents – qui accompagnent la vie des personnes en situation de handicap. Les responsables des structures accueillant des publics, par exemple, sont importants dans notre projet car ce sont eux qui ont la possibilité de faire évoluer l'accueil et les conditions de vie des personnes en situation de handicap.

Nous nous adressons aussi aux professionnels soignants (aides-soignants, infirmières, psychologues, etc.), aidants (maîtresses de maison, intendantes, etc.) qui côtoient les personnes accueillies dans les établissements : nous leur proposons de travailler avec eux sur leurs représentations de la sexualité, sur leurs pratiques professionnelles et les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. Par ailleurs, nous proposons des interventions de prévention ou des permanences d'écoute individuelle auprès du public accueilli, en partant des attentes, des besoins, des questionnements des personnes concernées, et ce, quel que soit le type de handicap. Enfin, nous proposons également l'organisation de groupes de parole pour les parents afin qu'ils puissent, dans un cadre protégé et non jugeant, partager leurs difficultés, leur souffrance.

S. H. : Pourquoi ce nouveau programme de formation ?

Christine Legrand : J'ai participé à l'élaboration de ce projet depuis le début. Mes activités quotidiennes, sur le terrain, ont sans doute apporté des éléments de réflexion mais comme elles ont été confrontées à celles des autres conseillères conjugales et familiales, un constat fort s'est rapidement imposé : nous nous sommes rendu compte que le fait d'aller voir les personnes qui sont accueillies dans les établissements n'était pas suffisant. Comment pouvons-nous aborder les questions touchant aux désirs, à la sexualité si l'ensemble des acteurs qui entourent la personne concernée, nous compris, ne partage pas, ne comprend pas ou n'écoute pas les demandes plus ou moins exprimées ? Comment pouvons-nous adapter nos interventions, nos formations dans ce contexte ? N'oublions pas qu'il y a encore quelques années, il était globalement admis que les handicapés n'avaient pas le droit à une sexualité.

Nous devons essayer de faire changer le regard des travailleurs professionnels, celui des parents et des intervenants... et celui de notre société.

S. H. : Pour vous, le droit à une sexualité est un droit évident ?

J.L. : Notre association existe depuis cinquante-cinq ans et l'un des objectifs inscrits dans nos statuts est d'œuvrer pour créer les conditions d'une sexualité vécue sans répression ni dépendance, dans le respect des différences, de la responsabilité et de la liberté des personnes ; tout comme... « lutter contre toutes formes de discriminations et de violences »... et... « d'agir pour le changement des mentalités... ». Tout être humain aime et désire.

S. H. : Comment expliquez-vous cette difficulté ?

C.L. : Il y a des freins venant de la part de professionnels et de beaucoup de parents qui pensent que pour quelqu'un qui vit avec un handicap, c'est mieux pour lui qu'il n'ait pas de sexualité. Ce discours touche d'abord les personnes atteintes d'une affection mentale. La peur de la procréation, sans doute, associée à d'autres problématiques : craintes de violences sexuelles, de transmission des IST, etc. Nous devons essayer de faire changer ce regard porté sur sexualité et handicap. Nous voyons bien que ces personnes sont en demande de relations affectives, amoureuses, quelquefois sexuelles... Comme tout un chacun.

S. H. : Comment abordez-vous la problématique de la maltraitance ? Y a-t-il des comparaisons avec la manière dont vous abordez la question du droit à la sexualité ?

C.L. : Oui, nous parlons effectivement aussi de maltraitance. Nous abordons ce sujet autant dans nos interventions auprès des personnes qu'à travers les groupes de parole. Savoir dire non, appréhender le regard des autres, les limites de chacun... ce sont des sujets que nous traitons comme celui de la sexualité. Les choses sont liées. Tout questionnement vient du public rencontré. Quelles sont les questions qui nous sont adressées ? Elles vont toutes dans le même sens. Par exemple : « Comment puis-je faire savoir qu'Untel (ou Unetelle) me plaît ? » Ou encore : « Comment puis-je dire non à quelque chose qui me gêne, qui me déplaît ? ».

Dans le cadre de notre travail, nous n'avons pas d'outils plaqués. Nous sommes à l'écoute des personnes et allons aborder cette question. Elles peuvent nous entraîner vers un autre terrain, celui de l'affectif, par exemple. Les groupes de paroles favorisent l'échange.

S. H. : Comment fonctionnent ces groupes de paroles ?

C. L. : Ils sont constitués de dix à quinze personnes. L'objectif est de permettre à chacun de s'exprimer ou de réagir aux propos tenus. Dans ces groupes, nous avons des personnes qui vont s'exprimer plus que d'autres. Mais celles qui ne s'expriment pas par la parole disent quand même des choses avec le regard, l'expression... C'est un formidable exercice d'écoute, d'apprentissage du respect de l'autre, où tous les sujets peuvent être abordés.

J. L. : Par ailleurs, concernant la prévention sur les IST, ce sujet est régulièrement abordé dans nos interventions. Nous sommes interrogés, par exemple, sur les risques potentiels, sur les gestes et les méthodes de prévention, sur la pose des préservatifs... Nous répondons aux sollicitations des établissements. C'est une demande croissante, mais nous sommes limités par les financements octroyés. Aujourd'hui encore, il est aussi à noter que de nombreux établissements ne sont pas favorables à ce type d'intervention.

S. H. : Pourquoi est-ce difficile de faire évoluer les choses ?

J. L. : Il faut être conscient que la sexualité est un sujet toujours tabou dans notre société. Nous le constatons quand nous souhaitons mettre en place

des actions en direction des collèges ou des lycées. Ce tabou ne favorise ni les questionnements, ni les échanges autour de ce que nous appelons « la relation à l'autre ». Des parents, qui ont une fille atteinte d'un handicap, ont peur de tout ce qui touche à la sexualité. Cela s'exprime par la crainte d'un enfant à naître. D'autres, qui ont un garçon, sont dans le déni de la virilité ou expriment des inquiétudes sur une sexualité qu'ils réfutent, ou la peur d'une sexualité déviante. Là aussi, il faut pouvoir prendre le temps d'installer un cadre de confiance pour que les parents puissent poser leurs difficultés et prendre conscience qu'ils ne sont pas les seuls à rencontrer ces mêmes difficultés. Ces propositions d'échanges collectifs permettent de sortir de l'isolement. Ce n'est pas au bout d'une rencontre que cela se fait. C'est comme cela que nous arriverons petit à petit à construire une attitude commune, des comportements cohérents, tout en s'adaptant à la personne rencontrée car chaque situation est unique. Nous trouvons important de pouvoir faire le lien entre les acteurs de prévention et les soignants et ainsi partager leurs demandes, leurs inquiétudes.

C.L. : Un changement de culture ne se fait pas sur un simple claquement de doigt. Il faut accepter que, parfois, il y ait des retours en arrière. Je crois aussi qu'il nous faut faire comprendre aux soignants et aux parents que nous rencontrons qu'ils sont face à des difficultés identiques : faire au quotidien des gestes qui relèvent de l'intime (la toilette par exemple) provoque des situations de mise en difficulté. Nous devons élaborer avec eux des solutions.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**,
Journaliste.

« Leur sexualité est souvent niée »

Le programme de prévention « Handicap et alors ? », présenté ci-contre, a reçu, le 19 septembre 2011, un prix de la Fondation de France. Jeannine Langleur, responsable de ce programme au Planning familial, résumait alors le contexte en ces termes : « La sexualité et la vie affective sont des dimensions fondamentales de la santé physique et mentale des individus. Tout être humain désire, éprouve du plaisir et aime, quel que soit son physique et ses déficiences. La sexualité des personnes en situation de handicap est souvent niée par l'entourage : infantilisation liée à la situation de dépendance ou crainte de l'expression d'une sexualité "déviante". La complexité de l'accompagnement d'un enfant vers l'autonomie, présente pour tout parent, est accentuée par la situation de handicap. L'isolement fréquent des familles, une vie sociale limitée empêchent les possibilités d'échanges, de rencontres ainsi que l'accès à l'information. Alors que les limites institutionnelles et celles des professionnels peuvent constituer une entrave à la reconnaissance et à l'expression de la vie sexuelle des personnes accueillies, le handicap mental, physique ou sensoriel fait surgir des problématiques spécifiques quant au rapport au corps et à la relation à l'autre ».

Une forte baisse du temps de sommeil au cours de l'adolescence

Les données de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*¹ 2010 montrent la diminution importante du temps de sommeil chez les collégiens en France. Ainsi, les jeunes de 15 ans dorment en moyenne quotidiennement une heure et demie de moins que ceux de 11 ans. L'évolution la plus marquée implique la proportion de « petits dormeurs » (moins de sept heures par nuit) qui croît de manière significative au cours de l'adolescence, concernant près d'un élève sur cinq en classe de 3^e.

Le sommeil de l'adolescent a une importance capitale sur sa santé et son développement. Un manque de sommeil ou un sommeil inadapté peuvent conduire à une grande fatigue, une irritabilité, un manque d'appétit ou une prise de poids, des épisodes de somnolence en classe, un manque d'attention, des difficultés de concentration, etc. Si les besoins de sommeil varient sensiblement d'un jeune à l'autre, ils diminuent pour tous au cours de l'évolution en âge. Cette diminution doit toutefois être progressive et raisonnable. Rappelons que la plupart des pédiatres et spécialistes du sommeil de l'enfant recommandent un temps de sommeil d'au moins neuf heures au cours de l'adolescence pour favoriser la croissance, l'apprentissage et l'équilibre physique et psychologique.

La qualité et la quantité de sommeil s'avèrent très dépendantes de la bonne synchronisation de l'horloge biologique avec les horaires de coucher et de lever. Or, cette synchronisation se trouve parfois perturbée chez les jeunes qui ont tendance à retarder leur coucher la semaine et à décaler leurs horaires le week-end, accumulant ainsi une dette (déficit chronique) de sommeil, ce qui est préjudiciable.

Une heure et demie de sommeil perdue entre 11 et 15 ans

Pour la première fois en France, le sommeil des adolescents a fait l'objet d'une étude spécifique reposant sur une enquête nationale représentative des collégiens, l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* 2010 (1). Cette enquête permet d'abor-

der le sentiment de fatigue au réveil, la récurrence des difficultés à s'endormir au cours des six derniers mois, le recours à des médicaments pour affronter des difficultés à s'endormir au cours du dernier mois et le temps habituel nécessaire à l'endormissement. Ce module interroge aussi sur l'heure de réveil et de coucher (séparant période scolaire d'une part, week-ends et vacances d'autre part), permettant ainsi d'estimer la dette de sommeil chronique. À l'heure où le débat sur les rythmes scolaires bat son plein, l'objet de cette étude est d'apporter des éléments de réponse quantitatifs sur la qualité du sommeil de l'adolescent.

L'enquête montre que les adolescents entre 11 et 15 ans perdent en moyenne vingt à trente minutes de sommeil quotidien les veilles de journées de classe. De ce fait, les jeunes de 15 ans dorment chaque jour en moyenne une heure et demie de moins que ceux de 11 ans.

40 % des 15 ans compensent le week-end

Cette baisse du temps de sommeil des adolescents les veilles de jours de classe est associée à une compensation par des nuits plus longues lorsqu'il n'y a pas classe le lendemain. Ce phénomène de compensation concerne 16 % des jeunes de 11 ans et plus de 40 % à 15 ans. L'écart entre le temps moyen de sommeil – avec ou sans classe le lendemain – tend à augmenter avec l'âge des adolescents. Il passe de 51 minutes à 11 ans à 1 h 49 à 15 ans. À 15 ans, cet écart est de 2 h 02 en moyenne pour les filles et de 1 h 35 pour les garçons.



© Daleprod - Fotolia.com

Les jeunes de 11 à 15 ans ont besoin d'un temps de sommeil plus long que les adultes. Ainsi, chez les adolescents, le seuil de privation chronique de sommeil peut être considéré comme sévère en deçà de sept heures par nuit. Une telle privation est très rare avant 13 ans, mais concerne un quart des jeunes de 15 ans. Or, si un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, la privation chronique ou dette de sommeil est en revanche susceptible de favoriser des troubles métaboliques (prise de poids, diabète), cardio-vasculaires, psychologiques (anxiété, dépression) et



© HBSS/Corbis

d'augmenter le risque d'accidents et d'erreurs.

À 15 ans, un jeune sur cinq dort moins de sept heures par nuit

Le temps de sommeil avec classe le lendemain (TSAC) baisse drastiquement entre la 6^e et la 3^e alors que le temps de sommeil sans classe le lendemain (TSSC) reste assez stable, aux alentours de dix heures (*Tableau 1*). Cette différence, observée dans d'autres pays, suggère que l'évolution du temps de sommeil provient plus de facteurs environnementaux ou sociaux que de changements biologiques (2). La différence entre TSSC et TSAC augmente donc significativement au cours de l'adolescence, traduisant une dette de sommeil qui croît avec l'âge.

Par ailleurs, il nous paraît très important de souligner que le pourcentage de « petits dormeurs » (dormant moins de sept heures par nuit) augmente aussi

progressivement au collège, passant de 4,5 % des élèves de 6^e à 20,7 % en 3^e, soit un élève sur cinq.

Il semble qu'au fil de l'adolescence – comme c'est d'ailleurs le cas chez l'adulte –, le sommeil soit mis en compétition avec d'autres activités et devienne donc insuffisant en durée et en qualité.

Chez les adultes, un temps de sommeil quotidien inférieur à six heures et supérieur à neuf heures serait associé à un sur-risque de morbidité (diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, cancer, dépression) et de mortalité, notamment liée au risque accidentel avec la somnolence et la baisse de vigilance (3).

Concernant la population adolescente, dont on sait qu'elle nécessite des temps de sommeil plus longs, le seuil de privation sévère de sommeil a été

fixé dans cette étude à sept heures. On peut ici souligner l'intérêt de disposer de repères clairement identifiés afin d'aider les professionnels et les parents à fixer des règles sur le temps de sommeil qui soient bénéfiques pour les adolescents.

Les données de l'enquête HBSC 2010 ne permettent pas de mesurer d'évolution dans le temps dans la mesure où le module était posé pour la première fois, mais une analyse secondaire du Baromètre santé 2005 avait montré une hausse particulièrement forte, parmi les 15-19 ans, de la prévalence des troubles du sommeil entre 1995 et 2005 (4).

L'écran en chambre, facteur de manque de sommeil

L'évolution des habitudes de vie des adolescents permet en partie d'expliquer l'augmentation de ces troubles. Le type d'activité pratiquée par les collégiens dans leur chambre habituellement les veilles de journées de classe influence aussi la qualité du sommeil. Ainsi, si la lecture s'avère associée à un temps moyen de sommeil plus long, les jeunes déclarant regarder la télévision ou utiliser un ordinateur ou un téléphone portable connecté à Internet dans leur chambre, dorment en moyenne de trente à quarante-cinq minutes de moins que leurs camarades. Si aucun lien entre la durée passée à regarder la télévision et la durée de sommeil n'avait été trouvé dans une étude américaine menée au début des années 1980 (5), il est indéniable que le rythme d'usage des médias par les jeunes générations est désormais nettement supérieur. Selon une étude réalisée en Suisse auprès de 493 adolescents et enfants de la région de Zurich, le temps passé au lit diminue, et la durée de sommeil n'étant plus suffisante, la qualité du sommeil en pâtit (6). Une autre étude portant sur 1 656 enfants et adolescents belges âgés de 13 ans en moyenne a montré que 32 % d'entre eux utilisaient leur téléphone mobile après l'extinction des lampes le soir (7). Et une étude finlandaise a permis de mettre en évidence le lien entre un usage intensif des nouvelles technologies (téléphonie mobile, ordinateur pour jouer ou surfer sur Internet) et une dégradation de l'état de santé perçue lorsque cette pratique se répercutait sur les habitudes de sommeil (8). D'autres travaux corroborent le lien entre usage excessif des nouveaux

Tableau 1. Évolutions des indicateurs de qualité du sommeil au collège

Garçons (n=4643)	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans
Temps moyen de sommeil avec classe le lendemain (TSAC)	9h29	9h03	8h44	8h20	8h00
Temps moyen de sommeil sans classe le lendemain (TSSC)	10h03	9h57	9h47	9h44	9h34
Dette de sommeil : % avec TSSC - TSAC > 2 h	11,8%	16,2%	22,6%	27,6%	32,7%
Sommeil trop court : % avec TSAC < 7 heures	2,7%	6,3%	9,3%	17,0%	23,6%
Filles (n=4608)	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans
Temps moyen de sommeil avec classe le lendemain (TSAC)	9h29	9h00	8h36	8h18	7h53
Temps moyen de sommeil sans classe le lendemain (TSSC)	10h30	10h22	10h05	10h08	9h54
Dette de sommeil : % avec TSSC - TSAC > 2 h	18,3%	24,3%	30,1%	37,3%	47,6%
Sommeil trop court : % avec TSAC < 7 heures	1,9%	4,9%	11,7%	15,5%	25,2%

Source : EVS, Drees, 2005-2006.

médias, en particulier électroniques, et mauvais sommeil dans des contextes culturels variés tels que le Japon (9) ou encore l'Allemagne (10). Enfin, selon une étude menée auprès de 112 enfants et adolescents québécois, il apparaît que ceux-ci se couchent de plus en plus tard le week-end sans forcément récupérer leur dette de sommeil de la semaine (11).

Si elle repose depuis quelques années sur des outils standardisés, la

connaissance épidémiologique du sommeil et de ses troubles n'en demeure pas moins complexe, notamment parce que le temps moyen de sommeil nécessaire par nuit peut varier nettement d'un individu à l'autre, ce qui rend difficile la fixation d'un seuil de référence. La diversité des situations les rend délicates à évaluer sur le plan épidémiologique (12). Cette meilleure connaissance du sommeil des adolescents français devrait toutefois nous

permettre de mieux orienter l'information et l'éducation pour la santé dans un but de prévention de la dette de sommeil et de ses troubles associés, tant en direction des professionnels intervenant auprès des adolescents que de leurs parents et, bien évidemment, des jeunes eux-mêmes.

François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques (das), Inpes,

Jean-Baptiste Richard

Statisticien, chargé d'études et de recherche, das, Inpes,

Emmanuelle Godeau

Adjointe du médecin conseiller de recteur pour la santé des élèves Service médical du rectorat de Toulouse, Inserm U1027,

Damien Léger

Responsable du Centre du sommeil et de la vigilance, Université Descartes-Paris V, Président de l'Institut national du sommeil et de la vigilance, Paris, Hôpital La Milétrie, Poitiers.

1. Enquête Health Behaviour in School-aged Children, auprès de 9 251 collégiens âgés de 11 à 15 ans, réalisée en 2010 par le service médical du rectorat de Toulouse, l'UMR Inserm U1027-Toulouse III, en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative et l'association pour le développement d'HBSC et financée par l'Inpes et l'OFDT.

► Références bibliographiques

- (1) Léger D., Richard J.-B., Godeau E., Beck F. La chute du temps de sommeil au cours de l'adolescence. In : Godeau E., Arnaud C., Navarro F. dir. *La santé des collégiens en France 2010*. Données de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010. Saint-Denis : Inpes, à paraître.
- (2) Ohayon M.M., Carskadon M.A., Guilleminault C., Vitiello M.V. Meta-Analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 2004 ; vol. 27, n° 7 : p. 1255-1273.
- (3) Gallicchio L., Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 2009, vol. 18, n° 2 : p. 148-158.
- (4) Beck F., Léon C., Léger D. Les troubles du sommeil en population générale. Évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés. *Médecine/sciences*, 2009, vol. 25, n° 2 : p. 201-206.
- (5) Weissbluth M., Poncher J., Given G., Schwab J., Mervis R., Rosenberg M. Sleep duration and television viewing. *Journal of pediatrics*, 1981, vol. 99, n° 3 : p. 486-488.
- (6) Iglowstein I., Jenni O.G., Molinari L., Largo R.H. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*, 2003, vol. 111, n° 2 : p. 302-307.
- (7) Van den Bulck J. Adolescent use of mobile phones for calling and for sending text messages after lights out: results from a prospective cohort study with a one-year follow-up. *Sleep*, 2007, vol. 30, n° 9 : p. 1220-1223.
- (8) Punamäki R.L., Wallenius M., Nygård C.H., Saarni L., Rimpelä A. Use of information and communication technology (ICT) and perceived health in adolescence: the role of sleeping habits and waking-time tiredness. *Journal of Adolescence*, 2007, vol. 30, n° 4 : p. 569-585.
- (9) Suganuma N., Kikuchi T., Yanagi K., Yamamura S., Morishima H., Adachi H., et al. Media use before sleep can curtail sleep time and result in self-perceived insufficient sleep. *Sleep and Biological Rhythms*, 2007, vol. 5, n° 3 : p. 204-214.
- (10) Kappos A.D. The impact of electronic media on mental and somatic children's health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 2007, vol. 210, n° 5 : p. 555-562.
- (11) Touchette E., Mongrain V., Petit D., Tremblay R.E., Montplaisir J.Y. Development of sleep-wake schedules during childhood and relationship with sleep duration. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2008, vol. 162, n° 4 : p. 343-349.
- (12) Léger D., Guilleminault C., Dreyfus J.-P., Delahaye C., Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *Journal of Sleep Research*, 2000, vol. 9, n° 1 : p. 35-42.

Entretien avec le professeur Damien Léger, président de l'Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV) et responsable du Centre du sommeil et de la vigilance, AP-HP, université Descartes-Paris V.

« Internet et le téléphone grignotent le sommeil des jeunes »

Une partie de la population a un temps de sommeil insuffisant et la situation s'est aggravée au cours de la dernière décennie. Pour le professeur Damien Léger, trois facteurs expliquent cette évolution : l'augmentation des temps de transport, la part croissante du travail avec des horaires décalés et le développement des nouvelles technologies (Internet, messagerie) qui reculent l'heure du coucher, en particulier chez les jeunes. Damien Léger préconise de suivre, au jour le jour, la durée du sommeil chez les personnes qui en manquent et de réhabiliter l'image sociale du sommeil.

La Santé de l'homme : Les jeunes dorment-ils trop peu ?

D'une manière générale, le temps de sommeil a tendance à diminuer et rien n'indique que cette courbe s'inverse dans les prochains temps. Une enquête de l'Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV), en 2009, s'est intéressée à un échantillon représentatif de Français de 25 à 45 ans. Le résultat principal est frappant : 33 % des personnes concernées par l'enquête indiquent qu'elles dorment moins de 6 heures par 24 heures au cours de la semaine. Nous savons que 6 heures de sommeil est une limite au-dessous de laquelle les risques sont significativement augmentés pour certaines pathologies comme le diabète, l'obésité, les risques cardio-vasculaires. Par ailleurs, depuis plusieurs enquêtes, nous observons que le temps moyen de sommeil dans la population française est amputé de quelques minutes par jour. Nous sommes maintenant en dessous de 7 heures alors que nous étions à 7 h 15, 7 h 20 en moyenne par 24 heures, il y a quelques années.

S. H. : Comment expliquez-vous cette aggravation ?

Cette aggravation provient de trois déterminants dont un est relativement

récent. Le premier est l'augmentation du temps de transport. Ce fait est très progressif mais il touche l'ensemble du territoire, urbain comme rural. Les gens habitent de plus en plus loin de leur lieu de travail ; ils se déplacent en transports en commun ou en automobile avec une conséquence évidente : plus le temps de transport est élevé, plus le temps de sommeil est raccourci. Le second déterminant est le travail à horaire décalé. Un phénomène qui concerne tout de même 20 % des travailleurs salariés et un peu plus de travailleurs non salariés. Cette forme de travail met en cause l'organisation du temps de sommeil. Nous voyons que les gens concernés dorment en général une heure de moins en moyenne que ceux qui suivent une certaine normalité dans leur temps de travail. Le troisième déterminant, le plus récent, concerne le développement des nouvelles technologies avec l'augmentation de l'usage d'Internet et des messageries personnelles. Ceux-ci se sont installés dans la chambre à coucher et jusque dans le lit. Ils sont bien évidemment en conflit avec le temps de sommeil car les connections se font toujours de plus en plus tard. Et le matin, il est nécessaire de se lever à la même heure. Internet et le téléphone grignotent le sommeil, en particulier celui des adolescents.

S. H. : Quel est le lien entre le manque de sommeil et la fatigue, notamment à l'adolescence ?

Le manque de sommeil et la fatigue à l'adolescence sont bien évidemment liés, même si d'autres causes peuvent expliquer la fatigue dans la population générale. Mais en effet, la privation de sommeil entraîne une impression de fatigue dès le matin, de sommeil non satisfaisant et pas suffisamment récupérateur, et surtout de somnolence, de pertes d'attention pendant la journée qui suit, avec un risque d'endormisse-

ment dans des situations monotones et notamment pendant les cours ou au volant.

S. H. : Que faudrait-il faire pour que les jeunes aient leur compte de sommeil ?

Il est nécessaire de bien raisonner sur une durée minimale de sommeil par 24 heures. Les horaires, l'organisation du travail ne le permettent pas toujours. Mais raisonner sur 24 heures, c'est essentiel pour récupérer suffisamment de sommeil sur cette période. Tout dépend de la tranche d'âge, mais durant le temps scolaire, l'adolescent doit avoir au moins 8 heures de sommeil par 24 heures pendant la semaine et au moins 9 heures par 24 heures le week-end. Je conseille d'observer son sommeil grâce à un agenda sur la semaine. À quelle heure je me couche, combien de temps je dors... Ces données vont permettre de s'organiser pour dormir plus, à un autre moment : sieste prolongée, épisode de sommeil dans la journée.

S. H. : Comment faire de l'éducation pour la santé sur le plan du sommeil ?

L'éducation pour la santé passe par une meilleure connaissance du rôle du sommeil. La perception du sommeil est parfois négative, en particulier chez les adolescents. C'est une période qui serait une perte de temps. Nous devons faire comprendre au contraire que le sommeil est une période riche qui participe à l'équilibre à la fois physique et psychologique. C'est un atout et par ailleurs un plaisir. Nous devons retrouver une vision plus positive de notre sommeil.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste.

Répertoire régional sur la santé des jeunes



Ce répertoire régional sur la santé des jeunes est édité par le comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca) à la demande du conseil régional et de l'association régionale des missions locales. Conçu pour améliorer l'accès aux soins des 16-25 ans et permettre d'identifier facilement les structures de premiers recours, ce répertoire s'adresse aux professionnels des missions locales, mais également à tous les acteurs de la santé des jeunes. Pour chacun des départements de la région, il répertorie les structures en fonction des thématiques suivantes : accès aux soins/access aux droits, contraception/sexualité, IST/VIH, addictions, sommeil, santé mentale/souffrance psychique.

Des cartes mémo ont également été réalisées pour les jeunes, regroupant les adresses utiles département par département ; elles sont disponibles sur demande au Cres Paca.

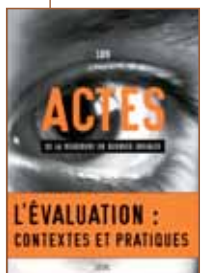
Ce répertoire est uniquement disponible en ligne sur : http://www.cres-paca.org/_depot_cres/fiches/2955/2955_1_doc.pdf [dernière visite le 12/12/2011]

Sandra Kerzanet

Marseille : Cres Paca, 2010, 148 pages.

L'évaluation : contextes et pratiques

Sandrine Garcia, Sabine Montagne



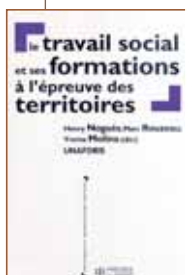
Dans le numéro daté de septembre 2011, la revue *Actes de la recherche en sciences sociales* traite des effets concrets qui résultent de la mise en œuvre des pratiques d'évaluation, en particulier en ce qui concerne les politiques publiques. La démarche consiste, plutôt que de se livrer à une critique morale et *a priori*, à prendre au sérieux les objectifs d'efficacité, sans oublier le point de vue de ceux auxquels les services sont dispensés.

S. K.

Actes de la recherche en sciences sociales, 2011, n° 189, 112 pages, 16 €.

Le travail social et ses formations à l'épreuve des territoires

Sous la direction de Henry Noguès, Marc Rouzeau, Yvette Molina



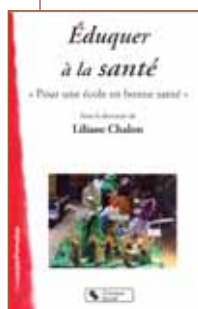
Cet ouvrage s'adresse à l'ensemble des intervenants de l'action sociale et décrit l'évolution des activités relatives à la formation dans le secteur du travail social. Les pratiques pédagogiques des centres de formation et une description des structures qualifiantes adaptées aux métiers du social sont décrites. Le rôle de la formation dans l'enrichissement du travail social et la construction d'une représentation des problèmes sociaux sont également posés. Le dernier chapitre est consacré aux synergies entre la formation et la recherche.

S. K.

Rennes : Presses de l'EHESP, coll. *Politiques et interventions sociales*, 2011, 269 pages, 25 €.

Éduquer à la santé : « Pour une école en bonne santé »

Sous la direction de Liliane Chalon



« Comment les enseignants du premier degré peuvent-ils prendre en charge l'éducation à la santé, dans le cadre des apprentissages de la classe, et dans le respect des programmes ? » Telle est la question principale que se pose l'auteur. Depuis une vingtaine d'années, les rapports et les circulaires affirment la nécessité de l'éducation à la santé, mais l'absence de formation et la méconnaissance des enjeux rendent la mise en œuvre délicate, et bien peu

d'écoles réussissent à élaborer un volet santé dans leur projet d'établissement. L'ouvrage donne des pistes aux enseignants pour s'approprier cette démarche de prise en charge de l'éducation à la santé. Il apporte des éléments pour construire des actions cohérentes et efficaces dans la classe et au sein de l'école en suivant les étapes d'une démarche de projet ; puis des exemples d'actions récentes ayant eu lieu en milieu scolaire sont décrits. La démarche et le rôle de l'évaluation de ces projets sont particulièrement mis en valeur.

S. K.

Lyon : *Chronique sociale*, coll. *Pédagogie formation*, 2011, 160 pages, 12,50 €.

Pour un habitat favorable à la santé. Les contributions des villes

Réseau français des Villes-Santé de l'OMS



Le facteur environnemental est un des déterminants fondamentaux de notre santé. Les villes ayant une responsabilité vis-à-vis d'un grand nombre de problématiques liées à l'environnement ont toute légitimité à se saisir des questions d'impact de l'environnement sur la santé. Dans cet ouvrage, le groupe de travail du Réseau français des Villes-santé (RFVS) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a réalisé un focus sur l'habitat. Les

trois premiers chapitres de ce guide introduisent les concepts de santé environnementale, d'inégalités en santé et le processus de mise en place d'un plan local de santé-environnement. La seconde partie du guide traite plus spécifiquement de l'impact des logements sur la santé.

En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_habitat_sante.pdf [dernière visite le 12/12/2011]

S. K.

Rennes : Presses de l'EHESP, 2011, 109 pages, 15 €.

Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

<p>ALSACE <i>Pdt Joseph Becker</i> <i>Dir. Dr Nicole Schauder</i> Hôpital civil de Strasbourg Ancienne clinique ophtalmologique - 1^{er} étage 1, place de l'Hôpital - BP 426 67091 Strasbourg Cedex Tél. : 03.88.11.52.41 Fax : 03.88.11.52.46 Mèl : info@cresalsace.org www.cresalsace.org</p> <p>AQUITAINE <i>Pdt Pr François Dabis</i> <i>Dir. Vincent Van Lacken</i> 6, quai de Paludate 33800 Bordeaux Tél. : 05.56.33.34.10 Fax : 05.56.33.34.19 Mèl : direction@ireps-aquitaine.org www.educationsante-aquitaine.fr</p> <p>AUVERGNE <i>Pdt Dr Annie Mosser</i> <i>Dir. : Ginette Beugnet le Roch</i> 22 bis, impasse Bonnabaud 63000 Clermont-Ferrand Tél. : 04.73.91.96.67 Fax : 04.73.93.42.56 Mèl : ireps.auvergne@orange.fr www.ireps.auvergne.fr</p> <p>BASSE-NORMANDIE <i>Pdt Jean-Louis Lepée</i> <i>Resp. Jean-Pierre Ollivier</i> 3, place de l'Europe 14200 Hérouville-St-Clair Tél. : 02.31.43.83.61 Fax : 02.31.43.45.97 Mèl : irepsbn@orange.fr www.irepsbn.org</p>	<p>BOURGOGNE <i>Pdt Dr Pierre Besse</i> <i>Dir. Dr Isabelle Millot</i> Parc Tertiaire Mirande 14 H, rue Pierre de Coubertin 21000 Dijon Tél. et fax : 03.80.66.73.48 Mèl : contact@ireps-bourgogne.org www.ireps-bourgogne.org</p> <p>BRETAGNE <i>Pdt Pr Jeanine Pommier</i> <i>Dir. Christine Ferron</i> 4 A, rue du Bignon 35000 Rennes Tél. : 02.99.50.64.33 Mèl : contact@irepsbretagne.fr www.irepsbretagne.fr</p> <p>CENTRE <i>Pdt Pr Emmanuel Rusch</i> <i>Dir. Luc Xavier</i> Fraps 54, rue Walvain 37000 Tours Tél. : 02.47.37.69.85 Fax : 02.47.37.28.73 Mèl : fraps@orange.fr www.frapscentre.org</p> <p>CHAMPAGNE-ARDENNE <i>Pdt Yvonne Logeart</i> <i>Dir. Kevin Gouraud</i> 89, rue Etienne Oehmichen 51000 Châlons-en-Champagne Tél. : 03.26.68.28.06 Fax : 03.26.68.97.60 Mèl : cres.cha@wanadoo.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p> <p>CORSE <i>Pdt Pierre-Jean Rubini</i> <i>Dir. Céline Dani</i> Résidence Les Jardins de Boticcione - Bât. A1 Bd Louis Campi</p>	<p>20090 Ajaccio Tél. : 04.95.21.47.99 Fax : 04.95.28.36.76 Mèl : contact@ireps-corse.fr www.ireps-corse.fr</p> <p>FRANCHE-COMTÉ <i>Pdt Jeannette Gros</i> <i>Dir. Pascale Angiolini</i> 3, avenue Louise Michel 25000 Besançon Tél. : 03.81.41.90.90 Fax : 03.81.41.93.93 Mèl : contact@ireps-fc.fr www.ireps-fc.fr</p> <p>HAUTE-NORMANDIE <i>Pdt Patrick Daimé</i> <i>Dir. Marion Boucher Le Bras</i> 129, avenue Jean Jaurès 76140 Petit-Quevilly Tél. : 02.32.18.07.60 Fax : 02.32.18.07.61 Mèl : cres.haute.normandie@orange.fr www.ireps-hn.org</p> <p>ILE-DE-FRANCE <i>Pdt Antoine Lazarus</i> 74, rue Marcel Cachin 93017 Bobigny Cedex Tél. et Fax : 01.48.38.77.01 Mèl : contact@ireps-iledelfrance.org www.ireps-iledelfrance.org</p> <p>LANGUEDOC-ROUSSILLON <i>Pdt Dr Claude Terral</i> <i>Dir. Evelyne Coulouma</i> Hôpital la Colombière 39, avenue Charles-Flahaut 34295 Montpellier Cedex 5 Tél. : 04.67.04.88.50 Fax : 04.67.52.02.57 Mèl : irepslr@orange.fr www.irepslr.org</p>	<p>LIMOUSIN <i>Pdt Dr François Léon-Dufour</i> <i>Dir. Martine Pellerin</i> 4, rue Darnet 87000 Limoges Tél. : 05.55.37.19.57 Fax : 05.55.10.00.07 Mèl : irepslimousin@orange.fr</p> <p>LORRAINE <i>Pdt Dr Jeanne Meyer</i> <i>Dir. Marie Persiani</i> 1, rue de la Forêt 54520 Laxou Tél. : 03.83.47.83.10 Fax : 03.83.47.83.20 Mèl : contact@ireps-lorraine.fr</p> <p>MIDI-PYRÉNÉES <i>Pdt Yvon Fau</i> <i>Dir. Laurence Birelichie</i> 77, allée de Brienne 31000 Toulouse Tél. : 05.61.23.44.28 Fax : 05.61.22.69.98 Mèl : siege@irepsmp.fr http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr</p> <p>NORD-PAS-DE-CALAIS <i>Pdt Pr Jean-Marie Haguenoer</i> <i>Dir. Loïc Cloart</i> Parc Eurasante 235, avenue de la Recherche CS 50086 59373 Loos Cedex Tél. : 03.20.15.49.40 Fax : 03.20.15.49.41 Mèl : ireps-npdc@orange.fr http://reps.npdc.fnes.fr</p> <p>PAYS-DE-LA-LOIRE <i>Pdt Pr Pierre Lombrail</i> <i>Dir. Dr Patrick Lamour</i> Hôpital Saint-Jacques 85, rue Saint-Jacques 44093 Nantes Cedex 1</p>	<p>Tél. : 02.40.31.16.90 Fax : 02.40.31.16.99 Mèl : ireps@irepspol.org www.santepaysdelaloire.com</p> <p>PICARDIE <i>Pdt Pr Gérard Dubois</i> <i>Dir. Philippe Lorenzo</i> Espace Industriel Nord 67, rue de Poulaiville 80080 Amiens Tél. : 03.22.71.78.00 Fax : 03.22.71.78.04 Mèl : cres@crepicardie.org www.crespicardie.org</p> <p>POITOU-CHARENTES <i>Pdt Eric-Pascal Satrie</i> <i>Dir. Julien Tran</i> 9, allée Marie et Pierre Curie 86000 Poitiers Tél. : 05.49.41.37.49 Fax : 05.49.47.33.90 Mèl : poitiers@educationsante-pch.org www.educationsante-pch.org</p> <p>CÔTE D'AZUR <i>Pdt Pr Jean-Marc Garnier</i> <i>Dir. Zeina Mansouf</i> 178, cours Lieutaud 13006 Marseille Tél. : 04.91.36.56.95 Fax : 04.91.36.56.99 Mèl : cres-paca@cres-paca.org www.cres-paca.org</p> <p>RHÔNE-ALPES <i>Pdt Jacques Fabry</i> <i>Dir. Olivier François</i> 9, quai Jean-Moulin 69001 Lyon Tél. : 04.72.00.55.70 Fax : 04.72.00.07.53 Mèl : contact@education-sante-ra.org www.education-sante-ra.org</p>	<p>REUNION <i>Pdt Dr Benjamin Bryden</i> <i>Dir. Cédric Pedre</i> 13, rue Roland-Garros 97460 Étang-Saint-Paul Tél. : 02.62.71.10.88 Fax : 02.62.71.16.66 Mèl : accueil.ireps.reunion@orange.fr www.irepsreunion.org</p> <p>GUYANE <i>Pdt François Rezkis</i> <i>Dir. Hélène Lamaison</i> Association Guyane Promo Santé 4, rue Félix Eboué 97300 Cayenne Tél. : 0.594.30.13.64 Fax : 0.594.35.84.80 Mèl : contact@gps.gf www.gps.gf</p> <p>MARTINIQUE <i>Pdt Dr Didier Chatot-Henry</i> <i>Dir. Karyne Pierre-Louis</i> Centre d'affaires Agora Bât. G - niveau 0 - BP 1193 Étang zabricot - Pointe des Grives 97200 Fort-de-France Tél. : 0.596.63.82.62 Fax : 0.596.60.59.77 Mèl : cres.martinique@orange.fr http://ireps.martinique.fnes.fr</p> <p>GUADELOUPE <i>Pdt Roberte Hamoussin-Métrégiste</i> <i>Dir. Pascale Melot</i> 6, résidence Casse Rue Daniel Beupherthuy 97100 Basse-Terre Tél. : 0.590.41.09.24 Fax : 0.590.81.30.04 Mèl : ireps@reps.gu http://guadeloupe.fnes.fr</p>
---	--	--	--	---	--

Au niveau départemental

<p>Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes) <i>Pdt : Pr Jean-Louis San Marco</i> <i>Vic Pdt : Loïc Cloart</i> <i>Délégué : Eric Bourgarel</i> Siège social Immeuble Etoile Pleyel 42, bd de la Libération 93200 Saint-Denis Tél. : 01.42.43.77.23 Fax : 01.42.43.79.41 Mèl : fnes@fnes.info www.fnes.info</p>	<p>04 PROVENCE <i>Pdt Dr Georges Guigou</i> <i>Dir. Anne-Marie Saugeron</i> Centre médico-social 42, bd Victor Hugo 04000 Digne-les-Bains Tél. : 04.92.32.61.69 Fax : 04.92.32.61.72 Mèl : codes.ahp@wanadoo.fr</p> <p>05 HAUTES-ALPES <i>Pdt Dr Gilles Lavernhe</i> <i>Dir. Brigitte Nectoux</i> Immeuble « Les Lavandes » 1 Place Champsaur 05000 Gap Tél. : 04.92.53.58.72 Fax : 04.92.53.36.27 Mèl : codes05@codes05.org www.codes05.org</p> <p>06 ALPES-MARITIMES <i>Pdt Dr Claude Dreksler</i> <i>Dir. Chantal Patuano</i> 61, route de Grenoble 06002 Nice Tél. : 04.93.18.80.78 Fax : 04.93.29.81.55 Mèl : codes.am@wanadoo.fr</p> <p>07 ARDECHÉ <i>Pdt Dr Jean-Marie Bobillo</i> <i>Dir. Cécile Bollon</i> 2, passage de l'Ancien-Théâtre 07000 Privas Tél. : 04.75.64.46.44 Fax : 04.75.64.14.00 Mèl : adessa-codes.07@wanadoo.fr http://perso.wanadoo.fr/adessa</p> <p>08 ARDENNES <i>Pdt Dr Catherine Juillard</i> <i>Dir. Françoise Maitre</i></p>	<p>21, rue Irénée Carré 08000 Charleville-Mézières Tél. : 03.24.33.97.70 Fax : 03.24.33.84.34 Mèl : CO.DES.08@wanadoo.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p> <p>09 ARIÈGE Ireps Midi-Pyrénées/Antenne Ariège <i>Pdt Yvon Fau</i> <i>Dir. Thérèse Fruchet</i> 6, cours Irénée Cros 09000 Foix Tél. : 05.34.09.02.82 Fax : 05.61.05.62.14 Mèl : antenne09@irepsmp.fr</p> <p>10 AUBE <i>Pdt Sylvie Le Dourner</i> <i>Dir. Cathy Julien</i> Mezzanine des Halles Rue Claude Huez 10000 Troyes Tél. : 03.25.41.30.30 Fax : 03.25.41.05.05 Mèl : codes10@orange.fr http://champagne-ardenne.fnes.fr</p> <p>11 AUDE <i>Pdt Dr Pierre Dufranc</i> 14, rue du 4 septembre 11000 Carcassonne Tél. : 04.68.71.32.65 Fax : 04.68.71.34.02 Mèl : codes11@wanadoo.fr http://codes11.over-blog.com</p> <p>12 AVEYRON Ireps Midi-Pyrénées Antenne Aveyron <i>Pdt Yvon Fau</i> <i>Dir. Mylène Carrère</i> 13, bd Laromiguière 12000 Rodez Tél. : 05.65.73.60.20</p>	<p>Fax : 05.65.73.60.21 Mèl : antenne12@irepsmp.fr</p> <p>13 BOUCHES-DU-RHÔNE <i>Pdt Pr Jean-Louis San Marco</i> <i>Dir. Nathalie Merle</i> 8, rue Jules Moullet 13006 Marseille Tél. : 04.91.04.97.30 Fax : 04.91.04.97.25 Mèl : contact@codes13.org www.codes13.org</p> <p>14 CALVADOS S'adresser à l'Ireps Basse-Normandie Mèl : irepsbn-antenne14@orange.fr</p> <p>15 CANTAL Ireps Auvergne - Antenne du Cantal <i>Pdt D' Danièle Souquière-Degrange</i> Bâtiment de l'Horloge 9, place de la Paix 15012 Aurillac Cedex Tél. : 04.71.48.63.98 Fax : 04.71.48.91.80 Mèl : ireps15@orange.fr</p> <p>16 CHARENTES Ireps Poitou-Charentes Antenne Angoulême <i>Pdt Eric-Pascal Satrie</i> Centre hospitalier d'Angoulême 16470 Saint-Michel Tél. : 05.45.25.30.36 Fax : 05.45.25.30.40 Mèl : angouleme@educationsante-pch.org www.educationsante-pch.org</p>	<p>17 CHARENTE-MARITIME Ireps Poitou-Charentes Antenne La Rochelle <i>Pdt Eric-Pascal Satrie</i> <i>Dir. Yann Moisan</i> 32, avenue Albert-Einstein 17000 La Rochelle Tél. et fax : 05.46.42.24.44 Mèl : larochelle@educationsante-pch.org</p> <p>18 CHER <i>Pdt Dr Michel Verdier</i> <i>Dir. Marie Côté</i> 4, cours Avarcium 18000 Bourges Tél. : 02.48.24.38.96 Fax : 02.48.24.37.30 Mèl : codesducher@wanadoo.fr www.codes18.org</p> <p>19 CORRÈZE Ireps Limousin - Délégation départementale Corrèze <i>Pdt Dr François Léon-Dufour</i> <i>Dir. Martine Pellerin</i> 1, bd du Dr Verhac 19100 Brive-la-Gaillarde Tél. : 05.55.17.15.50 Fax : 05.55.17.15.57 Mèl : ireps19@orange.fr</p>	<p>22 CÔTES D'ARMOR <i>Pdt Anne Galand</i> 15 bis, rue des Capucins BP 521 22005 Saint-Brieuc Cedex 1 Tél. : 02.96.78.46.99 Fax : 02.96.78.42.30 Mèl : codes-armor@wanadoo.fr</p> <p>23 CREUSE Ireps Limousin - Délégation départementale Creuse <i>Pdt Dr François Léon-Dufour</i> <i>Dir. Martine Pellerin</i> Résidence du jardin public - Porche A1 27, avenue de la Sénatorerie 23000 Guéret Tél. : 05.55.52.36.82 Fax : 05.55.52.75.48 Mèl : ireps23@orange.fr</p> <p>24 DORDOGNE Ireps Aquitaine Antenne Dordogne <i>Pdt Pr François Dabis</i> <i>Dir. Dr Martine Sibert</i> 48 bis, rue Paul-Louis Courier 24016 Périgueux Cedex Tél. : 05.53.07.68.57 Fax : 05.53.06.10.60 Mèl : contact24@ireps-aquitaine.org www.educationsante-aquitaine.fr</p> <p>25 DOUBS <i>Pdt André Grosperin</i> <i>Dir. Pascale Angiolini</i> 3, avenue Louise Michel 25000 Besançon Tél. : 03.81.82.32.79 Fax : 03.81.41.93.93 Mèl : contact@codes25.org www.codes25.org</p>
--	--	---	--	--	---



9^e UNIVERSITÉ d'ÉTÉ francophone en SANTÉ PUBLIQUE

L'Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté et la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon, ainsi que leurs partenaires, organisent la 9^e Université d'été francophone en santé publique. Elle se déroulera à Besançon, du 1^{er} au 6 juillet 2012.

Cette semaine de formation et d'échanges s'adresse particulièrement aux professionnels, élus, usagers œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Quinze modules de formation, nouveaux ou revisités en fonction de l'actualité, se dérouleront tout au long de la semaine. Ainsi, chaque participant prendra part au module qu'il aura choisi parmi différents thèmes de santé publique comme :

- "Médicament et santé publique",
- "Usagers de la santé : nouveaux enjeux, nouveaux questionnements",
- "Éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours"
- "Recherche bibliographique, lecture critique et bibliothèque collaborative sur le Web",
- "Dépistages en santé publique" ...

Des tables rondes, des débats, des stands de diverses institutions ou associations... seront organisés tout au long de la semaine pour faciliter les échanges entre participants et intervenants originaires de nombreux pays de la francophonie. Chaque matin, le journal de l'Université d'été donnera les dernières nouvelles sur la vie du campus.

Par ailleurs, le réseau des Universités "sœurs" continue à s'élargir ! Un projet d'Université en promotion de la santé au Maghreb voit le jour. Cette rencontre est programmée à ce jour du 25 au 30 mars 2012 à Tunis. Par ailleurs, la 2^e Université de printemps francophone en santé publique se tiendra à Bruxelles du 2 au 6 avril 2012. Enfin, une 5^e édition de l'Université francophone de Dakar en promotion de la santé aura lieu du 21 au 26 octobre 2012.

EN COLLABORATION AVEC :

- L'École de Santé Publique, Faculté de médecine, Nancy-Université
- L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne

RENSEIGNEMENT OU INSCRIPTION

Lara DESTAING
Courriel : lara.destaing@univ-fcomte.fr
lara.destaing@ars.sante.fr
Tél : 03.81.65.58.53

Solène BOICHAT
Courriel : solene.boichat@ars.sante.fr
Tél : 03.81.47.82.45

Université d'été francophone
en santé publique,
Faculté de médecine et de pharmacie,
19 rue Ambroise Paré
25030 Besançon cedex.
Site Internet : www.ars.sante.fr/Univete.96210.0.html

Une semaine de
formations
échanges
forums
débats
conférences...

BESANÇON
du 1^{er} au 6 juillet 2012

