

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Tabagisme

Réduire les inégalités
sociales de santé

Suicide et prévention

**Médicaments
psychotropes**

État des lieux
en France

Dossier

Promouvoir la santé des élèves dans les établissements scolaires

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

LA SANTÉ EN ACTION LA REVUE DE LA PRÉVENTION, DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

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

LA SANTÉ EN ACTION EST DISPONIBLE GRATUITEMENT :

- en format papier sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format Internet pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

The screenshot shows the homepage of the Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). The main navigation bar includes 'ACCUEIL', 'L'INPES', 'ACTUALITÉS', 'ESPACES THÉMATIQUES', 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION', 'NOS PUBLICATIONS', 'ESPACES PROFESSIONNELS', and 'PRESSE'. A central banner features icons for accessibility and health. Below this, there are sections for 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION', 'tabac-info-service.fr', 'CONTENUS ACCESSIBLES', and 'NOS PUBLICATIONS'. The 'Santé en action' magazine cover is highlighted with a red box and a red arrow pointing to it. The cover text reads: 'Le magazine trimestriel d'information et de réflexion en éducation pour la santé. Chaque numéro comporte un dossier thématique et des rubriques thématiques.' Below the cover, there is a 'Télécharger le dernier numéro' button.

est éditée par :

**l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
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 DE RUBRIQUES

François Beck, Sandrine Broussouloux, Michel Condé, Jennifer Davies, Nathalie Houzelle
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (InVS), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Ireps de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Annick Gardies** (Inpes), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Inpes), **Zoë Héritage** (Réseau français des villes santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Marika Lefebvre** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Inpes), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Inpes), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Olivier Mayer**
Photographies : **Joan Bardeletti, Xavier Schwebel** : **Picturetank/Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.**
Olivier Coulangue, Gilles Favier, Gilles Larvor : **[Agence VU] - Frank Pizon**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014
Tirage : 10 000 exemplaires

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

TABAGISME ET PRÉCARITÉ

4 _ Quelles stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme ?

Pierre Arwidson

6 _ Sevrage tabagique et personnes en situation de précarité : l'intérêt d'une prise en charge spécifique

Anne-Laurence Le Faou, Monique Baha

9 _ Évaluation du dispositif de prise en charge des substituts nicotiques. Impact sur les bénéficiaires de la CMU-C

Martine Guionet, Isabelle Vincent

12 _ Mission locale de Reims : les jeunes accompagnés pour s'arrêter de fumer

Emmanuelle Béguinot

Dossier

PROMOUVOIR LA SANTÉ DES ÉLÈVES DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

Coordination :
Sandrine Broussouloux avec Dominique Berger, Patricia Bristol, Josette Morand

Introduction

14 _ Sandrine Broussouloux avec Dominique Berger, Patricia Bristol, Josette Morand



Photographie de couverture : © Xavier Schwabel - Picturabank / Ministère de l'éducation nationale

La promotion de la santé à l'école : de la théorie à la pratique

16 _ Frank Pizon, Dominique Berger

Climat scolaire et promotion de la santé des élèves : des liens scientifiquement démontrés

19 _ Michel Janosz, Sophie Pascal

« Le climat scolaire a un impact direct sur la santé des élèves et des enseignants »

21 _ Entretien avec Éric Debarbieux

Climat scolaire et promotion de la santé : enquête auprès des collégiens

25 _ Emmanuelle Godeau, Félix Navarro

Établissements scolaires et promotion de la santé : le cadre législatif

27 _ Nadine Neulat

Collège Monod à Vitry-sur-Seine : « Se former ensemble pour résoudre les conflits »

29 _ Entretien avec Erick Plantelin et Coralie Caijo

« Apprendre à résister à la pression du groupe »

31 _ Entretien avec Corinne Vetroff

« Qu'ils se sentent mieux dans le collège afin qu'ils soient davantage disponibles pour l'apprentissage »

33 _ Entretien avec Olivier Miquet et Muriel Torrion

Dans la Loire, un lycée expérimente le « mieux vivre ensemble »

35 _ Jean-Claude Rochigneau, Mabrouk Nekka

Promotion de la santé et développement durable dans les collèges en France et en Belgique

38 _ Virginie Tintinger, Philippe Lorenzo, Sandrine Broussouloux

Pour en savoir plus

40 _ Sandra Kerzanet

44 _ « L'Observatoire national du suicide étayera une vraie politique de prévention »

Entretien avec Michel Debout

47 _ Les consommations de médicaments psychotropes en France

François Beck, Romain Guignard, Claudie Haxaire, Philippe Le Moigne

Lectures

50 _ Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet, Olivier Delmer

Quelles stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme ?

Pierre Arwidson
directeur,
direction des Affaires
scientifiques de l'Inpes.

Le cadre conceptuel dans lequel l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) s'inscrit pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé comprend deux axes. Le premier est de privilégier des interventions précoces en raison de leur très bonne efficacité à long terme dans de nombreux domaines y compris celui de la consommation ultérieure de substances psychoactives [1]. Le deuxième est l'adoption d'une approche dite « de l'universalisme proportionné » proposée par Michael Marmot [2], qui consiste à offrir une aide préventive à tous, tout en adaptant l'intensité et la qualité des interventions à l'ampleur et à la nature des difficultés rencontrées par les différentes populations¹.

La lutte contre le tabagisme doit être centrale dans toute stratégie visant à réduire les inégalités de santé. En effet, le tabagisme contribue pour à peu près la moitié de la différence dans l'espérance de vie, entre les groupes sociaux aux revenus les plus bas et les plus hauts [2]. Par ailleurs, comme le déclin de la prévalence du tabagisme parmi les moins aisés est plus faible que celui dans les groupes les plus aisés, et que l'usage du tabac se perpétue à travers les générations, ce phénomène risque de s'accroître si on ne parvient pas à inverser la tendance.

Des travaux comparatifs, quantitatifs et qualitatifs ont révélé les obstacles

différentiels à l'arrêt du tabac, selon les catégories sociales.

D. Kotz et R. West [3] ont montré que, comparativement aux cadres britanniques (catégorie AB, voir tableau 1), les ouvriers et sans emploi (catégorie E) :

- étaient plus fortement dépendants à la nicotine ;
- faisaient autant de tentatives d'arrêt ;
- utilisaient aussi souvent les centres d'aide au sevrage (différence non significative) ;
- n'avaient pas un accès moindre à l'aide médicamenteuse ;
- mais réussissaient leur sevrage deux fois moins souvent.

Des travaux qualitatifs [4, 5] britanniques ont montré par ailleurs que les catégories sociales défavorisées interrogées :

- soulignaient que les difficultés et le stress de leur vie quotidienne étaient des obstacles à l'arrêt du tabac ;
- avaient plus souvent une opinion négative des aides médicamenteuses, considérées comme chères et inefficaces ;
- ne connaissaient pas - ou mal - les dispositifs d'aide à l'arrêt ou craignaient d'y être mal accueillis et/ou jugés.

Quelles interventions probantes ?

A. Amos *et al.* [6] ont examiné, en 2011, la littérature scientifique, peu abondante (90 articles, 9 synthèses), sur l'impact en termes d'inégalités de santé des différents éléments d'une politique de prévention du tabagisme.

Au niveau des politiques de prévention, de nombreux travaux montrent

que les augmentations du prix réduisent les inégalités sociales (*en provoquant une réduction du tabagisme, ndlr*), même si elles appauvrissent ceux qui n'arrivent pas à arrêter de fumer. Mais, d'après P. Peretti-Watel, ce phénomène n'a pas été observé en France après l'augmentation des prix en 2003-2004 [7]. Cette particularité française reste à étudier.

Les campagnes médiatiques anti-tabac peuvent avoir des impacts négatifs ou neutres, sur le plan de l'équité. Le plus souvent, il n'a pas été constaté de différence de leur impact selon les catégories sociales. S.J. Durkin *et al.* [8] ont montré que, quand les campagnes étaient spécialement conçues pour les populations socio-économiquement défavorisées, elles pouvaient avoir un impact favorable en termes d'équité.

La réglementation des lieux sans tabac accroît la protection des populations socialement défavorisées mais l'impact global en termes d'inégalités n'est pas connu.

Au niveau individuel, la combinaison d'une approche médicamenteuse et psychologique pour l'aide à l'arrêt peut réduire les inégalités sociales, si elle est effectivement offerte à ces populations.

A. McNeill *et al.* [9] ont étudié six projets pilotes d'aide à l'arrêt du tabac - parmi les populations défavorisées -, financés par le ministère de la Santé britannique (*Department of Health*). L'objectif était de développer des parcours (pathways) et des systèmes pour s'assurer que les fumeurs des groupes sociaux désavantagés soient repérés,

encouragés et aidés à arrêter de fumer. Ils incluent l'accès aux services d'aide à l'arrêt du *National Health Service*, quand cela s'avérait nécessaire.

Les auteurs reconnaissent que le développement de ces stratégies, et de programmes efficaces, a été entravé par le manque de preuves sur ce qui fonctionne de façon probante.

Ces auteurs proposent un schéma en trois étapes :

Identification (repérage)

Sans identification, rien n'est possible. Cette identification se heurte à l'absence de repérage systématique de l'usage du tabac dans le système de soins ambulatoires et hospitaliers. Elle pourrait se faire dans le cadre de tout dispositif en contact avec les populations concernées. Ainsi que par une mesure systématique du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, comme cela est recommandé par le *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* au Royaume-Uni pour les femmes enceintes.

Parcours vers le traitement et système opt out

Après l'identification, il convient de s'assurer que les personnes repérées obtiennent une aide optimale : il faut donc s'assurer de la qualité du parcours.

Il est possible de tester un aiguillage systématique vers des professionnels pour l'aide au sevrage des personnes, sauf refus individuel (également recommandé par le NICE pour les femmes enceintes). Par ailleurs, faut-il un service d'aide à l'arrêt au sein des services sociaux concernés ou plutôt faire appel à des services externes ? La réponse doit être adaptée à chaque situation spécifique.

Aide à l'arrêt et/ou redirection vers le dispositif de tabacologie

La flexibilité et l'adaptation des interventions sont nécessaires. La plupart des projets ont consisté à former les professionnels de première ligne déjà en place dans les dispositifs, en contact avec ces populations, compte tenu de leur meilleure compréhension des publics concernés. Leur formation obligatoire a été jugée opportune et souhaitable.

Recommandations issues des études internationales

Il est nécessaire de continuer à capitaliser sur les initiatives françaises (*Cnamts, CNCT, HEGP, voir les articles pages suivantes*) et les confronter aux expériences étrangères (Grande Bretagne, Suède, etc.). À cette fin, l'Inpes va monter un groupe de travail qui formalisera la réflexion amorcée, notamment lors de la session consacrée à ce sujet au colloque ADELFSFSP de Bordeaux, le 19 octobre 2013.

Il est aussi nécessaire de faire émerger et de subventionner de nouveaux projets locaux innovants, comme l'a fait le Department of Health UK. Une alliance pourrait se nouer sur ce sujet entre la Direction générale de la santé, l'Inpes, l'INCa et la MILDT, en y associant des Agences régionales de santé.

Il serait également nécessaire d'évaluer les dispositifs d'aide à l'arrêt du tabagisme, pour suivre leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé et les progrès enregistrés [10, 11]. ■

1. "Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism" [2 (p. 15)].

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

	Suivi individuel uniquement	Séances en groupe
Taux / score	AB	E
Usage quotidien et occasionnel	16 %	37 %
Score de dépendance à la nicotine (Fagerström / 6)	2,3	3,8
Tentatives	42,7 %	41,3 %
Succès	20,4 %	11,4 %
Aide médicamenteuse	46,7 %	50,9 %
Recours au centre d'aide au sevrage	7 %	4,8 %

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Heckman J.J., Masterov D.V. *The productivity argument for investing in young children*. T.W. Schultz Award Lecture at the Allied Social Sciences Association annual meeting, Chicago, January 5-7, 2007. En ligne : http://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/Heckman_final_all_wp_2007-03-22c_jsb.pdf
- [2] Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London : The Marmot Review, 2010 : 238 p.
- [3] Kotz D., West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*, 2009, vol. 18, n° 1 : p. 43-46.
- [4] Roddy E., Antoniak M., Britton J., Molyneux A., Lewis S. Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 2006, vol. 6 : p. 147.
- [5] Wiltshire S., Bancroft A., Parry O., Amos A. 'I came back here and started smoking again': perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers. *Health Education Research*, 2003, vol. 18, n° 3 : p. 292-303. En ligne : <http://her.oxfordjournals.org/content/18/3/292.full.pdf+html>
- [6] Amos A., Bauld L., Hill S., Platt S., Robinson J., Clifford D., et al. *Tobacco control, inequalities in health and actions at the local level in England*. Public Health Research Consortium, 2011 : 163 p. En ligne : http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_A9-10R_Final_Report.pdf http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_A9-10R_Final_Report.pdf
- [7] Peretti-Watel P., Constance J. «It's all we got left». why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2009, vol. 6, n° 2 : p. 608-621.
- [8] Durkin S.J., Biener L., Wakefield M.A. Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, n° 12 : p. 2217-2223. En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2009.161638>
- [9] McNeill A., Amos A., McEwen A., Ferguson J., Croghan E. Developing the evidence base for addressing inequalities and smoking in the United Kingdom. *Addiction*, 2012, vol. 107, suppl. S2 : p. 1-7.
- [10] Bauld L., Judge K., Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tobacco Control*, 2007, vol. 16, n° 6 : p. 400-404.
- [11] Fidler J.A., Shahab L., West O., Jarvis M.J., McEwen A., Stapleton J.A., et al. 'The smoking toolkit study': a national study of smoking and smoking cessation in England. *BMC Public Health*, 2011, vol. 11 : p. 479.

Tabagisme : réduire les inégalités
Quelles stratégies pour soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt ?

Sevrage tabagique et personnes en situation de précarité : l'intérêt d'une prise en charge spécifique

Anne-Laurence Le Faou,

médecin, responsable du centre de tabacologie de l'hôpital européen Georges Pompidou (AP-HP), université Paris Diderot, pôle de recherche et d'enseignement supérieur Sorbonne - Paris Cité.

Monique Baha,

docteur en santé publique, université Paris-Descartes, Paris.

Dans les données du *Baromètre santé 2010*, comme lors des enquêtes précédentes, le tabagisme en population générale apparaît associé à un niveau socio-économique moins élevé en termes de diplôme, de revenu, de profession ou de situation professionnelle (en particulier pour la situation de chômage), avec une accentuation de cette différenciation sociale par rapport à 2000 et 2005 [1]. Cependant, les informations disponibles dans la base de données nationale des consultations de tabacologie (CDTnet) indiquaient une hausse de la fréquentation des fumeurs socialement défavorisés entre 2001 et 2006 [2]. Hélas, l'évaluation des taux de sevrage met en évidence moins de succès chez les fumeurs au chômage ou sans diplôme que chez les fumeurs actifs ou éduqués [3]. Une étude britannique révèle des taux d'arrêt deux fois plus faibles chez les fumeurs socialement défavorisés, malgré un nombre de tentatives d'arrêt similaire à celui des fumeurs ayant un meilleur statut socio-économique [4], (voir aussi l'article de P. Arwidson dans ce même numéro). Selon le *Baromètre Santé 2005* de l'Inpes, les chômeurs étaient aussi nombreux que les travailleurs à exprimer une envie d'arrêter de fumer [5], mais la prévalence du tabagisme (pourcentage de fumeurs)

est en augmentation chez les chômeurs depuis 2005 [6].

Une indispensable aide au sevrage tabagique

En France, l'augmentation des prix du tabac est l'une des mesures primordiales de la politique de lutte contre le tabagisme. Or, cet argument économique affecte, voire pénalise, en particulier les fumeurs socialement défavorisés [7]. Ces derniers consacrent une part importante de leur revenu au tabac, près de 20 % d'après des données de l'Inpes [7]. L'achat du tabac est d'ailleurs privilégié au détriment de besoins plus essentiels et certains patients des consultations de tabacologie ont reconnu que leurs fins de mois difficiles étaient en partie dues à l'achat de cigarettes [3]. Il est donc indispensable de leur apporter en complément une aide au sevrage tabagique ciblée.

En effet, comme le soulignent les premiers résultats du *Baromètre Santé 2010*, les fumeurs précaires ont une vision particulière de leur tabagisme, la cigarette représentant pour eux le seul plaisir dans une vie de privations [6]. Si les messages de prévention sanitaire, les hausses du prix des cigarettes et l'interdiction de fumer dans les lieux publics contribuent à la dénormalisation du tabagisme, la hausse des prix ne semble pas avoir d'effet suffisamment dissuasif et contribuerait même à aggraver les inégalités sociales dans la lutte contre le tabagisme en France. Enfin, contrairement au coût du tabac dont ils s'accrochent, les fumeurs précaires sont réticents à se procurer des médi-

L'ESSENTIEL

▣ Les fumeurs en situation de précarité qui bénéficient d'un soutien social intensif en groupe semblent mieux adhérer au suivi, avec un pourcentage plus élevé d'arrêt du tabac que ceux suivis individuellement.

▣ L'approche spécifique - combinant un soutien informatif, émotionnel et matériel - pourrait expliquer ces résultats partiels, qui seront ultérieurement complétés.

▣ Une expérimentation à plus grande échelle pourrait permettre d'explorer le caractère généralisable de cette étude pilote.

caments d'aide au sevrage tabagique à cause de leurs coûts [8].

Un soutien informatif, matériel et psychosocial

Compte tenu de cette vision à court terme du tabagisme, et des échecs fréquemment rencontrés par les fumeurs précaires dans leurs tentatives de sevrage, les consultations d'aide au sevrage tabagique doivent leur offrir un accompagnement intégrant une solide dimension psychosociale incluant : soutien émotionnel (empathie, écoute de la verbalisation des émotions et des préoccupations), soutien matériel - par une offre de substituts nicotiques gratuits - et soutien informatif pour aider le fumeur à gérer ses difficultés face à l'arrêt. Des sessions en groupe peuvent permettre de renforcer le soutien émotionnel grâce au partage d'expériences personnelles.



Étude pilote au service tabacologie de l'hôpital Georges Pompidou

Nous avons testé l'efficacité sur l'arrêt à six mois de suivi, d'une prise en charge du sevrage tabagique des fumeurs précaires. Celle-ci s'appuie sur un soutien social intensif en groupe, comparé à un suivi individuel standard dans le service de tabacologie de l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) à Paris, de 2011 à 2013.

La première étape dans la mise en place de notre projet de recherche a été d'obtenir l'autorisation de la part de la direction des finances, de la direction qualité, ainsi que de la pharmacie hospitalière, d'offrir des substituts nicotiques gratuitement et de manière hebdomadaire aux consultants en situation de précarité, grâce au dispositif de la Permanence d'accès aux soins et à la santé (Pass). Nous souhaitons pouvoir distribuer nous-mêmes directement les traitements aux consultants, sans avoir à les faire passer par la pharmacie hospitalière. Notre but était là de favoriser l'observance thérapeutique.

Nous avons donc présenté notre projet à l'équipe sociale de l'HEGP pour justifier l'offre de substituts nicotiques gratuits, mais aussi afin d'établir une collaboration avec l'assistante sociale référente du pôle d'addictologie¹.

Des sessions informatives en groupe

Les fumeurs étaient invités à six sessions informatives en groupe. Le but était d'apporter à chacun des solutions concrètes pour : gérer le stress sans la cigarette et les pulsions à fumer, mieux comprendre les risques sur la santé, visualiser sa vie et envisager son budget sans la cigarette, etc. Les fumeurs participaient à des activités ludiques favorisant l'interaction, qui guidaient le partage d'expériences personnelles et permettaient de construire ou renforcer leur projet d'arrêt.

Après les six premières semaines de session en groupe, les fumeurs poursuivaient leur suivi individuellement à l'HEGP s'ils le souhaitaient (comme le groupe contrôle). Tous les fumeurs recevaient par ailleurs de façon hebdomadaire un traitement de substitution nicotique gratuit, de façon à éviter une délivrance de substituts nicotiques qui n'auraient pas été utilisés dans la semaine précédente.

En démarrant les séances le 3 mai 2011, nous avons mené six cycles de six séances en groupes. Nous – le médecin responsable de l'unité et un chercheur en santé publique – avons préparé, organisé et animé ces groupes, et avons été aidés pour l'organisation par l'assis-

tante du centre de tabacologie, Sylvie Le Quemener. Comment avons-nous procédé ? Par des affiches disposées dans l'hôpital ; des contacts avec les centres d'hébergement du voisinage ; des discussions avec les personnes qui se présentaient ou qui téléphonaient, évaluant leurs capacités à venir chaque semaine à dix heures pendant six semaines ; des appels téléphoniques la veille de chaque séance pour s'assurer de leur présence ; des appels en cas d'absence à une séance, etc.

Premiers résultats

Les patients étaient majoritairement des hommes dans une situation sociale difficile², (tableau 1). Six semaines après la première consultation, les patients en suivi individuel étaient six (16,7 %) à avoir réduit leur consommation de tabac, contre dix (30,3 %) chez les patients suivis en groupe. Les patients perdus de vue après la première consultation étaient huit (22,2 %) parmi les patients en suivi individuel uniquement, *versus* quatre (12,1 %) parmi les patients vus en groupe. Les patients sevrés du tabac six mois après la première consultation étaient quatre (11,1 %) parmi les patients en suivi individuel uniquement *versus* six (18,1 %) parmi les patients vus en groupe.

Les patients suivis en groupe paraissent mieux adhérer à la prise en

charge proposée que les patients suivis en individuel, et le pourcentage de fumeurs sevrés tend à être plus élevé dans le groupe des fumeurs ayant participé au cycle de séances hebdomadaires. Ces tendances seront à confirmer quand les données définitives seront disponibles.

Problèmes rencontrés et perspectives

La principale difficulté que nous avons rencontrée est le maintien des fumeurs dans le programme. Mais pour ceux qui ont participé assidûment aux séances, nous avons observé que les séances hebdomadaires sont devenues un rituel qu'il a été difficile de rompre une fois les six séances terminées. En effet, pour ces personnes isolées en situation difficile (surendettement, chômage, etc.), ces séances représentaient aussi un contact social et un soutien moral très apprécié. Malheureusement, pour certains, l'ampleur de leurs difficultés sociales fait passer le tabac au second plan et les a empêchés d'aller au-delà d'une démarche de réduction. Toutefois, cette prise en charge sur-mesure a permis de tester la faisabilité d'une prise en charge structurée de fumeurs en situation sociale difficile, bien qu'elle soit limitée à une expérience locale.

Cette étude pilote a pris fin, en décembre 2012, par manque de moyens humains. En effet, il aurait fallu pouvoir bénéficier de l'aide d'une infirmière dédiée à la prise en charge des fumeurs précaires lors des groupes et pour assurer leur suivi en lien avec les médecins. Toutefois, les personnes en situation de précarité bénéficient toujours du dispositif des traitements de substitution nicotinique délivrés pour une période brève dans le cadre d'un suivi structuré. Les données complètes de cette étude 2011-2013 seront publiées ultérieurement. Enfin, une expérimentation à plus grande échelle pourrait permettre d'explorer le caractère généralisable de cette étude pilote. ■

1. Après l'aval de la pharmacie hospitalière et de l'équipe sociale, et la validation du dispositif par la direction de la qualité de l'HEGP en février 2011, nous avons ensuite obtenu la validation de notre projet d'un point de vue éthique en mai 2011, afin de satisfaire aux critères de validation d'une recherche en soins courants par le Comité de protection des personnes (CPP 2) d'Ile-de-France et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

2. La systématisation de l'évaluation de la situation sociale des consultants a été effective grâce à l'utilisation d'une version simplifiée du score de précarité Épices, utilisé par les tabacologues vacataires de la consultation [9]. Cela a représenté un moyen d'identification et de recrutement de participants potentiels à notre recherche, répondant aux critères des services sociaux.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

	Suivi individuel uniquement	Séances en groupe
Hommes	21 (58,3%)	20 (60,6%)
Chômage	11 (30,6%)	11 (33,3%)
Allocation Adulte Handicapé	11 (30,6%)	13 (39,4%)
Age moyen	46,5	51,4
Fagerström moyen	5,5	5,6
Facteurs de risque cardiovasculaire	13 (36,1%)	15 (45,4%)
Antécédent de dépression	13 (36,1%)	13 (39,4%)
Effectifs	36	33

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Peretti-Watel P. *Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2013 : 56 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
- [2] Le Faou A.-L., Baha M., Rodon N., Lagrue G., Ménard J. Trends in the profile of smokers registered in a national database from 2001 to 2006: changes in smoking habits. *Public Health*, 2009, vol. 123, n° 1 : p. 6-11.
- [3] Baha M., Le Faou A.-L. Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. *Public Health*, 2010, vol. 124, n° 4 : p. 225-231.
- [4] Kotz D., West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*, 2009, vol. 18, n° 1 : p. 43-46.
- [5] Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 77-110. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
- [6] Guignard R., Richard J.-B., Beck F., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. *Premiers résultats du Baromètre santé 2010. Évolutions récentes du tabagisme en France*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : p. 1-13. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf>
- [7] Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*, 2009, vol. 104, n° 10 : p. 1718-1728.
- [8] Siahpush M., McNeill A., Borland R., Fong G.T. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, vol. 15, Suppl 3 : p. iii71-iii75. En ligne : http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl_3/iii71.full.pdf+html
- [9] Convers C. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *La revue sage-femme*, 2010, vol. 9, n° 1 : p. 3-9.

Évaluation du dispositif de prise en charge des substituts nicotiques : impact sur les bénéficiaires de la CMU-C

Martine Guionet, chargée de prévention, **Isabelle Vincent**, chargée de mission, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, direction des assurés, département Information et prévention.

En France, plus de la moitié des fumeurs souhaitent s'arrêter [1], dont près de 45 % estiment devoir recourir à une aide sous forme de traitements de substitution.

Un dispositif de prise en charge des substituts nicotiques mis en place par l'Assurance Maladie existe depuis 2007 (voir encadré page 10). Environ 360 000 personnes du Régime général de l'Assurance Maladie en ont bénéficié en 2008. Ce chiffre peut paraître modeste au regard des 13 millions de fumeurs réguliers. Le nombre de bénéficiaires de ce dispositif a par ailleurs tendance à diminuer (225 000 personnes bénéficiaires en 2012). Même si l'on peut déplorer la faible utilisation du dispositif au regard du nombre de fumeurs et que l'on ignore le nombre d'arrêts réussis parmi les utilisateurs du dispositif, ce chiffre est malgré tout non négligeable au regard des 500 000 arrêts réussis en 2008 [1].

L'analyse des données de remboursement 2008-2009 sur un échantillon de vingt départements a montré que les bénéficiaires de ce dispositif se répartissaient en 52 % d'hommes et 48 %

de femmes. 42 % avaient entre 30 et 44 ans, et 35 % entre 45 et 59 ans. 19 % étaient en ALD¹ pourcentage qui correspond à peu près à ce qui est observé dans la population générale. Par contre, les personnes bénéficiant de la CMU-C utilisaient moins le dispositif : 4,1 % versus 7,6 % dans la population couverte par le régime général malgré l'exposition au tabagisme des bénéficiaires de la CMU-C plus grande : à âge et sexe comparables, le pourcentage de fumeurs chez les bénéficiaires de la CMU-C est 1,6 fois plus élevé que celui du reste de la population. En effet, près de la moitié d'entre eux fume : 49 % [2] versus 33 % selon les chiffres du Plan Cancer 2014-2019. Le profil des personnes ayant bénéficié du dispositif en 2008 et en 2009 était identique.

Une enquête téléphonique auprès de 1000 bénéficiaires du dispositif a été réalisée en 2010 et confiée par la Cnamts à Cemka-Eval afin de mesurer l'impact de la prise en charge financière du traitement de substitution sur l'engagement d'un sevrage tabagique, sa poursuite dans le temps (avec un recul d'au moins six mois), et l'arrêt du tabac. Les personnes en CMU-C ont été surreprésentées à 15 %, dans cette évaluation, par rapport à leur taux d'utilisation du dispositif (4 %) afin de pouvoir mieux analyser cette population.

L'histoire du tabagisme des utilisateurs du dispositif

L'âge de début du tabagisme était en moyenne de 17 ans et demi. 24 % des bénéficiaires déclaraient présenter des symptômes ou problèmes de santé liés au tabac. Le niveau de dépendance,



mesuré par le test de Fagerström (de manière rétrospective pour les personnes ayant arrêté de fumer), n'apparaissait pas très élevé, puisque 60 % des bénéficiaires avaient une dépendance considérée comme faible voire nulle (entre 0 et 4 pour un maximum à 10). La motivation à arrêter de fumer la plus fréquente était le fait de vouloir préserver sa santé (pour près de la moitié des personnes). Dans la population des bénéficiaires de la CMU-C, l'âge moyen de début du tabagisme était plus bas (16 ans), le niveau de dépendance plus élevé et ils étaient davantage à déclarer avoir des problèmes de santé (32 % versus 24 %).

Les résultats en termes de sevrage

L'efficacité du dispositif en termes d'arrêt du tabac apparaissait bonne, puisque parmi les 1000 bénéficiaires interrogés, 33,4 % avaient arrêté de

Tabagisme : réduire les inégalités
Évaluation de la prise en charge des substituts nicotiques

fumer au moment de l'enquête dont 27,2 % avaient arrêté de fumer depuis six mois ou plus. 78% d'entre eux déclaraient avoir arrêté à la suite du traitement par substituts nicotiques remboursé par l'Assurance Maladie. Cependant, il est difficile de faire la part de l'efficacité du dispositif de prise en charge financée par rapport à l'efficacité des substituts nicotiques sans prise en charge financière. L'analyse mettait également en évidence un certain nombre de facteurs associés à un meilleur taux de réussite du sevrage. On observait en particulier : plus d'arrêts chez les hommes, chez les personnes ayant une activité professionnelle ou à la retraite plutôt que les personnes sans activité professionnelle (chômage, étudiant, invalidité, au foyer) ainsi que plus d'arrêts chez les personnes très dépendantes.

Toutefois, s'agissant des bénéficiaires de la CMU-C, on constatait une moindre chance de réussite du sevrage mais qui restait malgré tout très intéressante : 17 % d'arrêt de plus de six mois (*versus* 27 %). Par ailleurs, ils déclaraient qu'ils auraient moins souvent que les autres acheté les traitements par substituts nicotiques en l'absence de forfait (- 15 %) et avoir plus souvent rencontré des difficultés financières (+ 18 %), compte tenu peut-être notamment de l'absence de dispense d'avance de frais.

Prise en charge gratuite des substituts nicotiques

Une expérimentation déjà ancienne a été menée en 2005 pour mesurer l'incidence de la prise en charge gratuite de substituts nicotiques sur l'arrêt du tabac auprès des bénéficiaires de la CMU-C (*voir encadré ci-dessus*).

Pour évaluer l'efficacité de la mesure, une enquête téléphonique a été réalisée par l'Institut BVA en mars 2006 auprès de 3000 assurés bénéficiaires de la CMU-C : 1500 issus des trois régions expérimentales : 150 demandeurs de la prise en charge (Répondants) et 1350 (Non répondants) incluant des fumeurs et des non-fumeurs ainsi que 1500 assurés non concernés par la mesure issus de la CPAM de Bobigny (Témoins) incluant fumeurs et non-fumeurs. Les résultats figurent dans le *tableau 1*.

UN FORFAIT DE PRISE EN CHARGE DES TRAITEMENTS PAR SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Mis en place le 1^{er} février 2007, un forfait financé par le Fonds de prévention des caisses d'assurance maladie permet de prendre en charge les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur, etc.) utilisés dans le sevrage tabagique, à hauteur de 50 euros par an et par assuré.

À compter du 1^{er} septembre 2011, cette prise en charge a été augmentée à hauteur de 150 euros pour les femmes enceintes. Elle va être portée courant 2014 à 150 euros également pour les jeunes de 20 à 25 ans.

Pour bénéficier du remboursement, les assurés doivent avoir une prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, sur une ordonnance dédiée et les produits doivent être délivrés en officine de ville. Les patients fumeurs, même bénéficiaires de la CMU-C ou de l'Aide médicale d'État (AME), doivent faire l'avance des frais.

Les fumeurs ayant arrêté de fumer dans l'année (18,4 %) qui a suivi l'expérimentation ont été plus de deux fois et demi plus nombreux que ceux qui n'ont pas répondu à l'offre de sevrage et deux fois plus que ceux du groupe témoin. Par contre, si l'on s'intéresse à l'efficacité globale du dispositif d'information et de mise à disposition de bons de délivrance gratuite des traitements par substituts nicotiques par les pharmaciens, un an après, le pourcentage d'arrêt dans l'année dans le groupe des personnes sollicitées par la gratuité (comportant fumeurs et non-fumeurs) était comparable à ce qui était observé dans le groupe témoin ne bénéficiant pas de la possibilité des bons gratuits : entre 9 et 10 %.

Ces résultats sont bien sûr à prendre avec précaution compte tenu de la petite taille des échantillons. Cependant de l'analyse des entretiens téléphoniques, il ressortait que :

- pour les répondants : la proposition de prise en charge gratuite avait peut-être déclenché ou anticipé le passage

EXPÉRIMENTATION DE LA PRISE EN CHARGE GRATUITE DES TRAITEMENTS PAR SUBSTITUTS NICOTINIQUES POUR LES FUMEURS BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C (MARS 2005)

Protocole : dans trois régions (Alsace, Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie) - tous les assurés bénéficiaires de la CMU-C à partir de 18 ans ont été contactés par courrier ;

- les fumeurs de dix cigarettes et plus par jour étaient invités à entreprendre un sevrage tabagique par substituts nicotiques pris en charge gratuitement pour une durée de trois mois avec l'aide de leur médecin traitant ;

- le renvoi du bordereau d'acceptation de la démarche permettait d'obtenir trois bons pour la délivrance gratuite des substituts nicotiques par le pharmacien.

- au total, plus de 231 000 assurés bénéficiaires de la CMU-C ont reçu le courrier d'information ;

- 21 679 (9,4 % de l'ensemble) ont fait une demande de prise en charge des substituts nicotiques ;

- 12 040 ont utilisé le premier bon de prise en charge, 7 022 ont utilisé le deuxième bon et 4 460 le troisième.

à l'acte de fumeurs déjà décidés à arrêter ;

- les répondants n'ayant pas réussi à arrêter après un an étaient des fumeurs plus dépendants, ayant peut-être dû être davantage accompagnés par des professionnels de santé ;

- les raisons qui s'opposent à l'arrêt venaient principalement du fait que le tabac n'était pas la préoccupation majeure ;

- et que souvent le fait décisif pour arrêter de fumer était la survenue d'un événement de santé.

Cependant, les répondants déclaraient envisager une nouvelle tentative de sevrage dans un délai très proche par rapport aux intentions des autres catégories de fumeurs. Les fumeurs

du groupe Témoins déclaraient que le coût des traitements par substituts nicotiques n'était pas un obstacle mais leur gratuité était considérée comme un facteur motivant.

Ces deux études confirment l'importance d'une stratégie globale d'aide au sevrage tabagique proposant une prise en charge des traitements par substituts nicotiques. Toutefois, la conjugaison de conseils personnalisés par un professionnel de santé associés à ces traitements augmente les probabilités de succès [3], comme le soulignent les recommandations. Améliorer la connaissance et l'utilisation du dispositif tant auprès du public que des professionnels (en particulier les médecins prescripteurs, les pharmaciens, les sages-femmes notamment sur le bon dosage des substituts nicotiques) et assurer l'analyse concernant l'utilisation de ce dispositif constituent des préoccupations sur lesquelles l'Assurance Maladie va continuer à s'investir dans les années à venir dans le cadre d'un programme d'action global, prévoyant notamment, dès 2014, des actions de sensibilisation des professionnels de santé. ■

L'ESSENTIEL

-
- ▶ **L'Assurance Maladie prend en charge les substituts nicotiques à hauteur de 50 euros par an et par personne.**
- ▶ **Les personnes bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) utilisent moins le dispositif malgré une exposition au tabagisme plus grande.**
- ▶ **Le niveau d'arrêt du tabac est plus faible dans les populations défavorisées.**
- ▶ **Dans tous les cas, les conseils personnalisés d'un professionnel de santé, associés au traitement de sevrage, augmentent les probabilités de succès.**

1. Au 31 décembre 2012, 9,5 millions de personnes du Régime général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection de longue durée (ALD), soit moins d'une personne sur six (source : ameli.fr).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Peretti-Watel P. *Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2013 : 56 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
- [2] Allonier C., Boisguérin B., Le Fur P. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. *Questions d'économie de la santé*, 2012, n° 173 : 8 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes173.pdf>
- [3] Haute autorité de santé. *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique*. HAS, 2013 : 51 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2e_epreuve_reco2clics_tabac_200114.pdf

Tableau 1 : Prise en charge gratuite des substituts nicotiques - Résultats

	Personnes sollicitées par la gratuité		Témoins
	Répondants	Non répondants	
Total	152	1338	1500
Fumeurs il y a 1 an	152	356	412
Fumeurs actuels	124	331	375
Fumeurs ayant arrêté dans l'année	28 (18,4 %*)	25 (7 %*)	37 (9 %*)

(*% par rapport aux fumeurs il y a 1 an)

Mission locale de Reims : les jeunes accompagnés pour arrêter de fumer

Emmanuelle Béguinot,
directrice,
Comité national contre
le tabagisme (CNCT).

Le tabac constitue la première substance psychoactive consommée par les jeunes en France [1], il représente aujourd'hui un véritable marqueur social [2]. Il concerne particulièrement les jeunes en situation d'insertion sociale.

Dans le cadre d'un projet soutenu financièrement par l'Institut national du cancer, le Comité national contre le tabagisme (CNCT) travaille en partenariat avec la mission locale de Reims et son Espace santé.

Cette dernière accueille, chaque année au sein de l'Espace santé plus de 2 200 jeunes, âgés de 16 à 26 ans, sortis du système scolaire et demandeurs d'emplois. Au-delà de cet Espace santé, la mission suit globalement 5 500 jeunes par an dans leurs démarches d'insertion sociale et professionnelle, sur une durée moyenne de 26 mois.

Le profil des jeunes est assez diversifié, toutefois l'une des caractéristiques communes est la faiblesse de leur réseau social et le fait qu'ils ne consultent pas – ou très peu – les professionnels de santé (médecins, dentistes, etc.).

Expérience pilote

L'objectif de l'expérimentation, engagée à la fin de l'année 2011 par le CNCT, a été double :

- mener une expérience-pilote de prise en charge de jeunes fumeurs suivis au sein de cette mission locale et de son Espace santé,
- associer et impliquer d'autres acteurs (conseillers d'insertion professionnelle,

éducateurs), en relation avec les personnes précaires, en complément et en appui des professionnels de la santé.

Les actions ont visé à :

Impliquer les personnels de la mission locale, sachant que :

- le tabac n'est pas considéré comme un frein direct ou indirect à l'insertion, à la différence de l'alcool ou du cannabis, cette question n'ayant jusque-là jamais été abordée ;
- le personnel de la mission locale était lui-même à 50 % fumeur,
- il existe une méconnaissance des coûts financiers liés au tabagisme, et du poids du tabac dans les inégalités, au niveau même des conseillers à l'insertion professionnelle ;
- la situation économique et sociale particulièrement difficile et les objectifs de résultats auxquels sont tenus de se conformer ces professionnels laissent peu de marge pour des démarches de prévention.

Il convenait donc de sensibiliser le personnel de la mission locale à tous les niveaux et d'assurer une formation, non pas en vue d'en faire des spécialistes de la lutte contre le tabagisme ou du traitement de la dépendance tabagique, mais en leur transmettant suffisamment de connaissances pour qu'ils puissent s'approprier ces éléments et s'autoriser à aborder la question du tabac avec les jeunes qu'ils suivent.

Formation des conseillers

Deux types de formation ont été dispensés à l'attention des conseillers :

- l'une sur le tabac en général, par des personnes du CNCT ;

L'ESSENTIEL

- ▣ La mission locale de Reims dispose d'un « Espace santé ».
- ▣ Dans ce cadre, les professionnels de la mission locale abordent la question du tabac, dans une perspective sanitaire et financière.
- ▣ Les résultats sont encourageants dans la mesure où les messages d'information, portés par des professionnels de l'insertion, conduisent des jeunes fumeurs à envisager et à tenter l'arrêt du tabac, ainsi qu'à davantage utiliser l'Espace santé.
- ▣ Cette démarche semble également faciliter leur parcours d'insertion.

- l'autre sur l'arrêt du tabac, s'appuyant notamment sur le modèle Prochaska. Cette formation, d'une durée de quelques heures, a été dispensée par deux infirmières tabacologues du CHU.

Évaluer l'impact des actions

Une enquête a été réalisée de mars 2012 à mars 2013. Deux cohortes aléatoires de jeunes nouvellement inscrits à la mission locale et n'ayant pas encore eu de contacts avec l'Espace Santé ont été constituées. 102 jeunes ont intégré le groupe d'expérimentation, 128 jeunes un groupe témoin. Ont été écartés les jeunes non-fumeurs. Les objectifs de l'étude étaient de mieux connaître la consommation de tabac de ces jeunes et d'évaluer les évolutions possibles douze mois après les actions (voir ci-après). Les jeunes ont été interrogés au lancement de l'action puis un an après. Les actions menées auprès du groupe d'expérimentation ont été :

- une sensibilisation aux coûts sanitaires

et financiers liés à la consommation de tabac. Cette sensibilisation s'est faite à différents moments : prolongement de l'enquête, envoi de SMS, remise d'une réglotte matérialisant les coûts financiers et information sur les alternatives de dépenses pour le budget tabac. À titre d'illustration, le coût de la consommation de 15 cigarettes a été mis en parallèle avec le financement d'un permis de conduire ou l'achat d'un scooter, qui permettraient à ces jeunes de postuler à des stages ou à des emplois aujourd'hui inaccessibles;

- une aide à l'arrêt a également été proposée (cinq ateliers de sevrage réunissant en moyenne dix personnes de mars à novembre 2012, entretiens conseils sans rendez-vous auprès de l'Espace santé sans limitation de nombre, garantie de prise en charge gratuite des démarches de sevrage). La participation à ces ateliers a été variable ;
- la participation à des événements comme la Journée du souffle (rencontre dans un grand parc de la ville).

Résultats

Les résultats de cette expérimentation montrent principalement :

- Au niveau des jeunes
- le poids du tabagisme, avec une forte dépendance liée à une consommation élevée et précoce. 57 % n'envisagent pas d'arrêter mais 45 % seraient prêts à l'envisager si on les y aide. Dans plus de neuf cas sur dix, ils considèrent que fumer est dangereux, mais 30 % n'ont aucune idée du coût financier induit.
- à un an, les effets sur l'arrêt complet (définitif) demeurent aléatoires et difficiles à évaluer, en raison d'un biais dans la composition des groupes. (Le groupe témoin comptait davantage de jeunes ayant déjà fait des tentatives réussies d'arrêt que le groupe d'expérimentation.) Donc, il n'est pas surprenant que le nombre d'arrêts pendant la phase d'expérimentation soit supérieur parmi le groupe témoin ;
- en revanche, pour les arrêts non définitifs, l'expérimentation fait état de résultats intéressants concernant un premier arrêt réussi, même s'il est limité dans le temps. Certes, 10 % des jeunes du groupe d'expérimentation avaient déjà réussi à arrêter à un moment lors du lancement de l'expérimentation et 31 % parmi le groupe témoin. Toutefois, à la fin de

l'expérimentation, la proportion est respectivement de 49 % et de 37 %.

Ces résultats montrent que ce type de dispositif ne peut représenter une solution miracle pour réduire le tabagisme des populations suivies, mais qu'il constitue un catalyseur, et s'inscrit pleinement dans le processus d'évolution progressive des fumeurs à l'égard de l'arrêt.

Une meilleure perception du coût financier lié à la consommation de tabac est également vérifiée parmi les jeunes ayant bénéficié de l'expérimentation.

Pas un plaisir mais une « drogue »

Ainsi un message récurrent, sous des formes différentes, modifie la perception et induit un changement de positionnement. À cela s'ajoute une meilleure mobilisation de l'Espace santé et un taux d'abandon plus faible dans le suivi du parcours d'insertion professionnelle. Les entretiens qualitatifs (réalisés avec les jeunes et les professionnels) montrent que le fait de continuer à fumer n'est pas considéré comme un plaisir, mais comme une « drogue ». Même si leurs préoccupations les renvoient fréquemment à des situations d'urgence, certains jeunes ont déjà eu des problèmes de santé liés à leur tabagisme.

Ils intègrent le fait d'arrêter de fumer dans un processus où la situation s'améliore à différents niveaux pour eux ou dans le cadre de changement dans leur vie (la rencontre d'un(e) ami(e) non-fumeur, le fait de trouver un travail, etc.). Disposer d'informations pratiques, mieux appréhender la réalité de leur tabagisme, et être reconnu dans leur aptitude à arrêter constituent des atouts pour les renforcer dans cette démarche d'arrêt.

Mieux orientés vers l'Espace santé

Ce que les professionnels en retirent Au niveau des professionnels de la mission locale, l'expérimentation a permis de constater :

- une meilleure connaissance sur les questions d'addiction et les articulations possibles avec la problématique d'insertion ;
- un véritable questionnement sur les messages de prévention à tenir, en par-

ticulier à l'égard des jeunes en situation de pré-intention d'arrêt du tabac ;

- une orientation accrue des jeunes vers l'Espace santé et une meilleure coordination au sein de la structure ;
- un renforcement des liens avec les acteurs locaux de la prévention – tabac (centre de tabacologie, CHU, Anpa, réseau Addica, services santé de la ville) en relation avec la mission locale.

A souligner qu'une proportion non négligeable de professionnels ont arrêté de fumer ou sont dans un processus d'arrêt. Plus globalement, ces professionnels ont acquis une meilleure connaissance de leur public sur une problématique peu explorée, et une meilleure perception des atouts et limites du rôle des conseillers santé et responsables de l'insertion.

Les missions locales dotées d'un Espace santé constituent ainsi des lieux où des recherches action peuvent être menées sur les liens entre la santé et l'insertion des jeunes en situation de précarité. L'expérimentation menée au sein de la mission locale de Reims se poursuit : les jeunes sont informés, accueillis dans l'Espace santé en entretien individuel et adressés à des professionnels s'ils souhaitent s'arrêter de fumer. En revanche, les ateliers de sevrage n'ont pas été reconduits, car la fréquentation a été variable et l'orientation vers des professionnels dans des structures extérieures peut s'avérer plus efficace. Les résultats de cette expérimentation ont été communiqués aux responsables nationaux des missions locales, en particulier celles dotées d'un Espace santé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011. *Tendances*, 2012, n° 79 : 4 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsps2.pdf>
- [2] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J. L., Peretti-Watel P. *Premiers résultats du baromètre santé 2010. Évolutions récentes du tabagisme en France*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 13 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf>



Promouvoir la santé des élèves dans les établissements scolaires

Dossier coordonné par Sandrine Broussouloux,

chargée d'expertise en promotion de la santé, direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes, Avec

Dominique Berger, professeur des universités, directeur adjoint chargé de la recherche, ESPE, université Claude Bernard Lyon 1,

Patricia Bristol, infirmière conseillère technique, Dgesco, ministère de l'Éducation nationale,

Josette Morand, infirmière conseillère technique du recteur, rectorat de Lyon.

La promotion de la santé¹ est-elle soluble dans le système éducatif ? Au-delà de la forme volontairement provocatrice de la question, le débat de fond qu'elle soulève est pourtant récurrent : comment mettre en place une véritable politique de promotion de la santé au sein des établissements scolaires ? Une politique qui soit réellement favorable à la santé des élèves, au-delà de l'information ponctuelle sur tel ou tel risque.

Comment faire pour promouvoir la santé - tant physique que sociale et psychique - des élèves et des adultes qui travaillent en milieu scolaire ? Pour certains, le système éducatif et la promotion de la santé apparaissent par trop éloignés l'un de l'autre. Les arguments sont nombreux, ils vont, par exemple, du manque de temps de concertation et de travail en équipe aux difficultés à nouer un partenariat de qualité entre les différents acteurs - ceux qui appartiennent au système éducatif et ceux qui se situent « hors l'école » par

exemple - à une incompatibilité d'approches pédagogiques -, l'une qui serait exclusivement préoccupée par la transmission des connaissances, tandis que l'autre s'attacherait uniquement à développer les compétences...

Au-delà de ces positionnements qui nourrissent les débats, que se passe-t-il réellement dans les établissements scolaires ? Est-il possible de dépasser les apparentes contradictions ? Bien entendu, promouvoir la santé en milieu scolaire ne peut pas se faire sans tenir compte du cadre institutionnel spécifique qui s'impose à tous : aux enseignants et aux autres professionnels qui y travaillent, aux intervenants extérieurs, aux élèves, aux parents. Ce cadre institutionnel, qui fédère et cimente notre système éducatif, il ne s'agit pas dans ce dossier central d'en discuter le bien-fondé ou les contours, mais bien de le prendre en compte et de faire avec ce qu'il génère et implique en matière de promotion de la santé.

D'où l'objectif que nous nous sommes assignés : identifier les moyens d'agir en promotion de la santé en milieu scolaire, en tenant compte du contexte institutionnel. C'est pourquoi



© Xavier Schwebel / Picturastock - Ministère de l'éducation nationale

nous n'avons pas cherché, dans ce dossier, à démontrer comment il était possible « de faire de la promotion de la santé en milieu scolaire », (ceci a déjà été fait dans des numéros antérieurs, voir *Pour en savoir plus* dans ce même numéro) mais, adoptant une autre focale, nous avons souhaité décrypter comment l'institution scolaire, avec ses spécificités et ses contraintes, s'empare de la question de la promotion de la santé.

Ce dossier se propose donc d'apporter un triple point de vue sur l'intégration de la promotion de la santé dans le système éducatif français :

- théorique et scientifique, sur les liens entre le système éducatif et la promotion de la santé selon trois angles d'approche : en se questionnant sur le travail en partenariat et l'approche globale de la promotion de la santé ; en abordant la question du lien entre la promotion de la santé et le climat scolaire ; et pour finir en donnant quelques éléments sur les liens entre comportements à risque et vécu scolaire des élèves ;
- institutionnel, qui permet de cerner les contraintes et les spécificités de notre système éducatif ;
- opérationnel, en donnant la parole à

des équipes qui ont pu mettre en place des démarches de promotion de la santé au sein de leurs établissements.

Parmi les multiples enseignements que l'on peut tirer de ces analyses et des exemples concrets ainsi présentés, comme le soulignent Eric Debarbieux, Michel Janosz et Sophie Pascal, un bon climat scolaire a un impact bénéfique direct sur la santé des élèves et aussi des enseignants. ■

1. « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter » (extrait de la charte d'Ottawa de l'OMS).

La promotion de la santé à l'école : de la théorie à la pratique

Frank Pizon, maître de conférences, École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE) Clermont-Auvergne, université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, **Dominique Berger,** professeur des universités, École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE) de l'académie de Lyon, université Claude Bernard, Lyon 1.

Dix ans déjà que le Rapport de l'Inspection générale de l'Éducation nationale, sous la direction d'Annie Mamecier,¹ [1] pointait un investissement modeste des établissements scolaires dans le champ de la prévention². Où en sommes-nous une décennie plus tard ? Une diversité de pratiques en santé existe dans le

milieu scolaire français. Des pratiques favorables à une démarche promotrice de santé à l'échelle de la classe et de l'établissement ont été décrites par la recherche et ont continué à se développer. Nous présentons dans cet article un modèle global d'identification de l'action collective, fondé sur les actions et les ressources des établissements scolaires et prenant appui sur des partenariats impliquant l'ensemble des acteurs au niveau territorial (enseignants, personnels de santé, acteurs sociaux, etc.).

Une politique éducative de santé

La circulaire de l'Éducation nationale du 15 décembre 2011 [3] précise que « *la définition, l'impulsion et la conduite d'une politique éducative [de santé] structurée constituent une des missions confiées au système scolaire, qui doit impliquer l'ensemble des personnels aux différents niveaux de responsabilité et en premier lieu dans l'établissement scolaire* ». Il s'agit d'instaurer « une

politique éducative de santé intégrée au projet académique et aux projets d'école et d'établissement », « *en cohérence avec la politique nationale de santé* ». Les notions de « continuité », « d'approche globale », de « collaboration entre tous les personnels » vont dans le sens d'une action collective que l'on sait propice à une intervention plus efficace au sein des établissements scolaires.

Une démarche globale fondée sur les connaissances scientifiques internationales

En parallèle de cette volonté ministérielle, la recherche et la réalité du terrain ont démontré que de nombreux facteurs sont déterminants dans les politiques de santé scolaire :

- l'importance du *leadership* et du soutien institutionnel ;
- la collaboration intersectorielle, visant la participation multi-niveaux (enseignants et non-enseignants, parents, enfants et adolescents) ;
- la professionnalisation des acteurs par la formation et l'accompagnement ;
- la planification des dispositifs de promotion de la santé.

Un consensus scientifique s'est établi autour de balises relativement stables permettant de structurer les projets de promotion de la santé : approche globale, multifactorielle et systémique³. Par exemple, les travaux de J. Sinnot [4] ou de L. St-Leger. *et al.* [5] montrent que, pour être efficace, une action doit tendre vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'élève dans l'établissement.

Les pratiques favorables les plus facilement identifiables

De nombreuses publications s'attachent à décrire les dimensions professionnelles de la promotion de la santé, et à comprendre comment les acteurs du milieu scolaire s'approprient ces objets non-disciplinaires. Les pratiques pédagogiques observées se répartissent principalement selon un spectre oscillant entre la mobilisation des programmes (par exemple, la reproduction en classe de 4^e abordée en Sciences de la vie et de la Terre), du socle commun (actions visant le développement de la citoyenneté et du vivre-ensemble) et des actions de prévention sur des thématiques de santé, le plus souvent conduites par les infirmiers scolaires et des intervenants extérieurs du milieu associatif. Pour autant, d'autres pratiques des professionnels du milieu scolaire en matière de promotion de la santé existent, mais sont parfois moins « visibles ». Nous citerons, par exemple, des actions visant à améliorer la qualité de vie dans l'établissement pendant la pause méridienne. Ces pratiques montrent d'ailleurs que l'engagement des professionnels relève souvent davantage d'une forme de militantisme et de convictions personnelles, soulignant le caractère surdéterminant de l'histoire du sujet et de la lecture qu'il a de son rôle éducatif [6]. Pour autant, au-delà de cet inventaire forcément incomplet, il est très complexe de « repérer » dans le quotidien des établissements scolaires, l'intégralité des pratiques réelles.

L'ESSENTIEL

► **Comment mettre en place une stratégie globale de santé dans un établissement scolaire ?**

Les études scientifiques permettent d'identifier les référents théoriques et les conditions à réunir à cette fin.

► Parmi les ingrédients indispensables, figurent un travail collaboratif « intersectoriel » associant enseignants, non-enseignants, parents et élèves, la formation des professionnels, ainsi que le soutien des institutions.

► Une stratégie globale promotrice de santé repose sur le triptyque « éducation, prévention, protection », bien décrit dans les modèles scientifiques, qui permet d'inscrire tout programme concret dans un cadre clair et incontesté.

Apprendre à repérer les pratiques éducatives

Les travaux de recherche ont beaucoup de difficultés à identifier ce que I. Young [7] appelle le programme caché (*hidden curriculum*) des établissements, c'est-à-dire les valeurs, le climat relationnel et les échanges implicites⁴ qui influent sur les décisions favorisant la réussite et les apprentissages. Face à l'hétérogénéité des pratiques [8], l'un des grands défis de la recherche en éducation et promotion de la santé en milieu scolaire consiste probablement à identifier des pratiques dans l'activité des professionnels pouvant être associées à la promotion de la santé. Pour cela, n'hésitons pas à observer comment sont gérés le quotidien de la classe, la place des élèves dans les apprentissages, la qualité des relations avec les parents, la gestion des difficultés d'apprentissage au niveau collectif et individuel, les modes d'évaluation des élèves, le climat scolaire, les liens entre l'école et son environnement, etc.

Comment mettre en place une stratégie globale de santé ?

Force est de constater que les tâches assignées aux personnels des établissements se diversifient et se complexifient. Charge à eux de mener à bien

les enseignements disciplinaires, et d'intervenir également en éducation à l'environnement et au développement durable, à la santé, aux médias, etc., en répondant parfois à des injonctions contradictoires en lien direct avec l'actualité. Les programmes scolaires ne sont plus la seule référence, et l'on observe un développement considérable des prescriptions institutionnelles (programmes, socle commun de connaissances et de compétences, journées nationales priorisant un thème, etc.). La grande porosité de notre système éducatif aux questions sociétales génère une grande variété de pratiques professionnelles composites et qui peuvent « presque » passer inaperçues si nous ne faisons pas l'effort de les mettre en lien avec la promotion de la santé.

Mais alors comment cartographier ces pratiques professionnelles ?

Même si la place des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est réaffirmée dans les derniers textes officiels, leurs difficultés de fonctionnement sont manifestes. Elles sont liées au fait que, pour développer des axes stratégiques d'intervention, ces CESC ont besoin d'être accompagnés dans leur diagnostic des actions mises en place et qui participent à promouvoir la santé dans l'établissement. La recherche-intervention « Education, santé et territoires »⁵, implantée sur le département de l'Allier, propose des formations pour les personnels de l'Éducation nationale et les acteurs territoriaux de prévention (secteur associatif, collectivités territoriales). Ces formations sont conduites par des chercheurs et des formateurs en promotion de la santé. Elles s'appuient notamment sur un modèle d'aide à la mise en place d'une stratégie globale promotrice de santé. Ce modèle articule éducation, prévention et protection.

Éducation, prévention, protection

Ce modèle – basé sur les écrits de Downie et Tannahill [9] – identifie la diversité des pratiques, selon trois axes interdépendants :

- l'éducation (sujet acteur) vise le déve-

loppement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves ;

- la prévention correspond à un travail spécifique sur les comportements générateurs d'échec (violences, conduites à risque, etc.) ;

- la protection correspond aux actions visant à créer un environnement protecteur et un climat scolaire favorable, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves.

Éducation, prévention, protection n'entrent ainsi pas en opposition mais en synergie. En arrière plan, la santé est considérée comme un équilibre que seul le sujet est en mesure d'apprécier en fonction de la subjectivité de ses propres représentations sociales et comportements.

Pour aider à atteindre cet équilibre, les actions mises en œuvre vont se positionner selon l'un de ces trois champs ou à leur intersection. Selon les situations, une action aura une « coloration » davantage éducative, tandis qu'une autre s'attachera aux facteurs de protection des jeunes, alors qu'une troisième veillera à développer les aspects préventifs. On peut ainsi identifier plus aisément ce qui relève de l'éducation, de la protection ou de la prévention pour caractériser chacune des actions de l'établissement et ainsi mieux piloter les projets de promotion de la santé en milieu scolaire.

L'exemple de la question des addictions est proposé (voir figure 1 page suivante) pour illustrer concrètement la diversité des pratiques pouvant être observées dans un établissement scolaire s'inscrivant dans une démarche promotrice de santé.

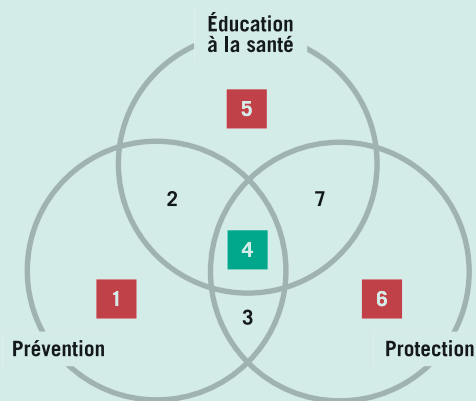
Une prise de conscience en marche

En conclusion, fort heureusement dans la pratique, la prise en compte globale de la santé des élèves n'est pas nécessairement posée comme un obstacle aux enseignements disciplinaires. Bien au contraire, les approches globales, par le développement des compétences psychosociales des élèves, soutiennent les apprentissages. De plus en plus d'enseignants et de chefs d'établissement en sont maintenant convaincus. Cessons d'opposer l'École et son environnement. Comme en témoigne la réalité quotidienne,

d'une manière générale les établissements scolaires s'adaptent de plus en plus à l'évolution de leurs contextes et aux attentes de notre société. Il s'agit maintenant de développer cette approche globale en continu de la maternelle à l'université, et de mettre en place une politique ambitieuse de formation initiale et continue, articulée avec les partenariats territoriaux. Les établissements scolaires, au cœur des territoires, en sont un élément structurant. ■

1. Inspectrice générale de l'Éducation nationale, doyenne du groupe des Sciences de la vie et de la Terre.
2. Deux ans plus tôt, le Rapport Baeumler [2] (présenté en 2002 au Premier ministre) dressait un constat similaire.
3. Approche scientifique des systèmes politiques, économiques, sociaux, etc., qui s'oppose à la démarche rationaliste en abordant tout problème comme un ensemble d'éléments en relations mutuelles (source: Larousse).
4. Discussions en salle des professeurs, rencontres improvisées entre l'infirmière d'un établissement et un enseignant, partenariat local conclu au hasard des couloirs ou d'une réunion, voire échanges près de la machine à café, etc.
5. Laboratoire ACTé à l'ESPE Clermont-Auvergne.

Figure 1 - Modèle intégrateur des pratiques en promotion de la santé en établissement scolaire, l'exemple de la prévention des addictions.



Ce modèle délimite sept secteurs permettant de caractériser où se situe l'établissement dans une stratégie globale de promotion de la santé :

1. Prévention auprès des jeunes par des bilans de santé, des informations sur les risques, accès à des plaquettes d'information sur les psychotropes, etc.
2. Prolongements éducatifs des actions de prévention en place : débats, échanges autour de thématiques, théâtre, etc.
3. Réflexion autour de l'interdit et de ses objectifs sanitaires.
4. Soutien des équipes d'établissement dans le développement d'environnements favorables à la santé (actions de formation et d'accompagnement *in-situ* dans l'établissement scolaire).
5. Éducation visant à donner à chacun les moyens de prendre en charge sa propre santé : prendre des décisions, choisir une attitude adaptée à la situation, etc.
6. Dimension positive de la protection : incitation à une activité physique régulière, sécurité physique et sociale dans la structure (application de l'interdit, sortie des élèves, environnement de la structure), mais aussi prise en charge par un médecin, une infirmière, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire (Csapa).
7. La conception d'un environnement protecteur doit s'inscrire dans une démarche citoyenne (apprendre à prendre soin de soi et des autres, faire un travail sur les situations sociales d'initiation tabagique).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Mamecier A., Boutet-Waiss F., Naves P., Ravary Y., Sallé J., Vienne P. *Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. Paris : La Documentation française, 2004 : 107 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000190/0000.pdf>
- [2] Baeumler J.-P. dir. *L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*. Rapport présenté au Premier ministre. Paris : ministère de l'Éducation nationale, 2002 : 116 p. En ligne : <http://media.education.gouv.fr/file/91/2/5912.pdf>
- [3] Ministère de l'Éducation nationale, direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc B3-1). *Politique éducative de santé dans les territoires académiques*. Circulaire n° 2011-216 du 2-12-2011. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640
- [4] Sinnott J. *Healthy schools and improvement in standards*. National healthy schools program, England, 2005.
- [5] Saint Leger L., Kolbe L., Lee A., Mc Call D., Young I. School Health Promotion - Achievements, Challenges and Priorities. In: McQueen D.V., Jones C.M. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer Science & Business Media, 2007: p. 107-124.
- [6] Pizon F., Jourdan D., Simar C., Berger D. Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants. *Travail & Formation en Éducation*, 2010. En ligne : <http://tfe.revues.org/1327>
- [7] Young I. Health promoting schools: healthy eating policies in schools - an evaluation of the effects on pupils' knowledge, attitudes and behaviour. *Health Education Journal*, 1993, vol. 52, n° 1 : p. 3-9.
- [8] Berger D., Pizon F., Bencharif L., Jourdan D. Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*, 2009, n° 34 : p. 33-66.
- [9] Downie R.F., Tannahill C., Tannahill A. *Health Promotion: Models and Values*. Oxford: Oxford University Press, 1996 : 232 p.

Climat scolaire et promotion de la santé des élèves : des liens scientifiquement démontrés

Michel Janosz,

professeur titulaire, responsable des programmes d'études supérieures, directeur,

Sophie Pascal,

Professionnelle de recherche, Groupe de recherche sur les environnements scolaires (GRES), Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal (IRSPUM).

Vouée à l'instruction et à la qualification, l'école est également un agent de socialisation qui contribue très tôt au développement des jeunes. Les chercheurs montrent, depuis longtemps, que l'école exerce une puissante influence sur le bien-être social, cognitif et émotionnel des élèves [1, 2]. Le climat scolaire s'est ainsi vu accorder une attention croissante au fil des années, à la fois en recherche et en intervention. Nous proposons ici une courte mise en contexte sur le thème du climat scolaire. Puis, à titre illustratif, nous abordons les liens entre le climat scolaire et, d'une part, la violence, et d'autre part, la dépression et l'engagement scolaire (i.e. l'effort que ces élèves consentent dans leurs études). Nous concluons sur l'importance à accorder au climat scolaire dans les actions à privilégier en promotion de la santé.

Climat scolaire et environnement socioéducatif des écoles.

Selon M. Janosz, P. Georges et S. Parent [3], le climat scolaire est l'une

des trois grandes composantes principales de l'environnement socioéducatif de l'école, avec les pratiques (éducatives, organisationnelles) et les conduites des élèves. Le climat se présente d'abord comme indicateur de la santé organisationnelle de l'établissement et de son potentiel éducatif, soit sa capacité à répondre aux besoins d'instruction, de socialisation et de qualification des élèves. Il donne une idée générale du ton et de l'atmosphère qui règnent dans les rapports sociaux, de la valeur accordée aux individus, à la mission éducative de l'école. Pour ces auteurs, le climat scolaire est multidimensionnel. Ils divisent le climat scolaire en cinq dimensions : le climat relationnel (entre les élèves, entre les élèves et les enseignants), de sécurité, de justice, éducatif et d'appartenance. Ces climats interreliés reflètent la capacité de l'école à répondre aux besoins fondamentaux des élèves : sécurité, relations, stimulation, appartenance, reconnaissance, etc. [4, 5].

Le climat apparaît donc comme le reflet de l'état de santé de l'école. Le climat n'est cependant pas uniquement un thermomètre de l'état de santé organisationnelle de l'école, il peut aussi influencer la conduite et le bien-être des individus, [6] dans la mesure où c'est à travers leurs perceptions du climat que ces derniers identifient ce qui est considéré acceptable ou non à l'école (attitudes, comportements), ce qui est (dé)valorisé [7]. En effet, le climat contribue à établir les croyances sur les conduites normatives, acceptables ; il informe sur les attentes et la capacité de les rencontrer, sur la vo-

L'ESSENTIEL

■ Une équipe de chercheurs québécois a identifié les composantes du « climat scolaire », ainsi que les leviers sur lesquels travailler pour l'améliorer dans les établissements.

■ Ils parviennent aux mêmes conclusions qu'Éric Debarbieux en France, et l'ensemble des autres équipes de recherche : la qualité du climat scolaire contribue au niveau de bien-être de l'élève.

■ Ils sont parmi les rares à avoir validé, en français, un référentiel utilisé par les écoles pour diagnostiquer leur situation et orienter les piste de solutions¹.

lonté ou la capacité de l'école à répondre aux besoins développementaux des élèves. Ces croyances, en retour, influencent les sentiments personnels et la perception de soi (par exemple : le sentiment d'être en sécurité, d'être apprécié, d'être capable de réussir) ; ils contribuent à cristalliser ce que les individus pensent acceptable ou souhaitable de faire, et à façonner les attitudes et comportements envers l'école, les enseignants et les pairs [8]. Illustrons brièvement ces relations avec la violence, le sentiment dépressif et l'engagement scolaire.

Climat scolaire et violence

Sans surprise, les études montrent à répétition que le climat est plus négatif dans les écoles où la violence est davantage présente. Nos travaux [9] vont plus loin : ils montrent que les élèves, exposés à la violence au début de leurs études au collège, tendent à



© Xavier Schwebel / Picturastock - Ministère de l'éducation nationale

développer une vision plus négative à long terme du climat d'école. En effet, nos résultats indiquent que plus les élèves de 5^e sont exposés à la violence scolaire, plus ils développent une perception négative du climat scolaire deux ans plus tard (en 3^e), peu importe le climat qui prévalait à l'école à leur entrée au collège (en 6^e). De plus, parmi les trois types d'exposition à la violence (acteur, victime ou témoin), la violence agie (conduites agressives) est le facteur déterminant de cette détérioration. Néanmoins, la violence à titre de témoin est également associée à une perception plus négative du climat scolaire. Être victime de violence a, de manière surprenante, moins d'effet sur le climat scolaire que les deux autres types d'exposition.

Climat scolaire, dépression et engagement scolaire

Nos travaux confirment aussi l'hypothèse selon laquelle le climat prédit les symptômes dépressifs des élèves. En effet, dans notre échantillon, les élèves de 4^e qui percevaient positivement leur climat d'école affichaient une meilleure adaptation émotionnelle deux ans plus tard, comparativement à ceux qui avaient une perception négative du climat et ce, en tenant compte de l'influence d'autres causes de la dépression (relations avec les parents et amis, problèmes de comportement, symptômes dépressifs antérieurs, etc.) [10]. Cette influence du climat est apparue plus forte chez

les filles, laissant entrevoir une plus grande vulnérabilité émotionnelle de leur part à un climat scolaire négatif. Ajoutons que la qualité du climat scolaire en 4^e prédisait également le niveau d'engagement des élèves dans leurs études deux ans plus tard, toujours en tenant compte des caractéristiques de l'école (taille, clientèle défavorisée ou non), et d'autres facteurs de risques individuels et familiaux [11]. En somme, le climat qui règne au sein de l'école influence à moyen terme le bien-être des élèves ainsi que les efforts qu'ils consacrent à leurs études.

Ces études contribuent à justifier l'importance à accorder au climat d'école comme composante de l'environnement scolaire à considérer dans les efforts de promotion de la santé². Certes, la prévention des problèmes de santé mentale et physique chez les jeunes ne saurait reposer uniquement sur des actions centrées sur l'environnement ou le climat scolaire. Néanmoins, aider les écoles à établir - et à maintenir - un climat où tous se sentent en sécurité, soutenus et valorisés apparaît comme un levier à privilégier dans les stratégies de promotion de la santé. ■

1. <http://www.nouvelles.umontreal.ca/multimedia/forum-en-clips/20100104-une-recherche-de-ludempemet-aux-ecoles-de-faire-leur-bilan-de-sante.html> ; <http://www.ctreq.qc.ca/realisation/qes-web/> ; www.qes.espacedoc.net/
2. http://www.who.int/school_youth_health/en/

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Roeser R.W., Eccles J.S., Sameroff A.J. Academic and emotional functioning in early adolescence: longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. *Development and Psychopathology*, 1998, vol. 10, n° 2 : p. 321-352.
- [2] Bonell C., Sorhaindo A, Strange V, Wiggins M, Allen E, Fletcher A, *et al.* A pilot whole-school intervention to improve school ethos and reduce substance use. *Health Education*, 2010, vol. 110, n° 4 : p. 252-272.
- [3] Janosz M., Georges P., Parent S. L'environnement socioéducatif à l'école secondaire : un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu. *Revue canadienne de psychoéducation*, 1998, vol. 27, n° 2 : p. 285-306. En ligne : <http://f-d.org/climatecole/Janosz-article-1998.pdf>
- [4] Deci E.L., Ryan R.M. *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: The University of Rochester Press, 2002 : 470 p.
- [5] Eccles J.S., Roeser R.W. Schools, Academic Motivation, and Stage-Environment Fit. In: Lerner R.M., Steinberg L. (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, 2009 : p. 404-434. En ligne : <http://www.rcgd.isr.umich.edu/garp/articles/eccles09.pdf>
- [6] Brand S., Felner R., Shim M., Seitsinger A., Dumas T. Middle school improvement and reform: Development and validation of a school-level assessment of climate, cultural pluralism, and school safety. *Journal of Educational Psychology*, 2003, vol. 95, n° 3 : p. 570-588.
- [7] Brunet L., Savoie A. *Le climat de travail. Un levier de changement*. Montréal : Éditions Logiques, 1999 : 236 p.
- [8] Galand B. Le rôle de l'environnement scolaire dans le développement des conduites violentes. In : Bowen F., Debiens N. dir. *La violence chez l'enfant : approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. Marseille : Éditions Solal, 2011 : p. 199-232.
- [9] Janosz M., Pascal S., Galand B. Être témoin de violence à l'école : son importance et ses liens avec le climat scolaire. In : Galand B., Carra C., Verhoeven M. dir. *Prévenir les violences à l'école*. Paris : Puf, 2012 : p. 93-109.
- [10] Debarbieux É., Anton N., Astor R.A., Benbenishty R., Bisson-Vaivre C., Cohen J., *et al.* *« Climat scolaire » : définition, effets et conditions d'amélioration*. Rapport au Comité scientifique de la direction de l'enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale. MEN-DGESCO/Observatoire International de la violence à l'École, 2012 : 25 p. En ligne : <http://www.cafepedagogique.net/lexpresso/Documents/docsjoint/climat-scolaire2012.pdf>
- [11] Janosz M., Pascal S., Archambault I., Vezeau C., Fournel M. Contribution of school climate and practices to student emotional, Cognitive and behavioral engagement. Présentation au Sixth Self Biennial International Conference, Québec, 19-22 juin 2011.

« Le climat scolaire a un impact direct sur la santé des élèves et des enseignants »

Entretien avec Éric Debarbieux, délégué ministériel chargé de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire.

La Santé en action : Comment agir sur le climat scolaire ?

Éric Debarbieux : La notion de climat scolaire, et d'impact de ce climat sur la santé des élèves, a été très largement évaluée dans la littérature scientifique internationale. Il en ressort cinq facteurs déterminants qui font totalement consensus : les relations, la qualité de l'enseignement et de l'apprentissage, la sécurité, l'environnement physique et le sentiment d'appartenance.

S. A. : Qu'entendez-vous par relations ?

E.D. : Il s'agit d'un ensemble de facteurs favorables : les relations positives, de collaboration, d'entraide, de support mutuel au sein de la communauté scolaire, le partage des décisions, la participation des élèves dans l'apprentissage, les valeurs et les pratiques partagées qui vont par exemple permettre d'avoir à l'intérieur d'un établissement scolaire un respect ou non de la diversité.

À titre d'exemple, si un jeune enseignant qui prend son premier poste dans un établissement n'y trouve pas une entraide et un appui suffisants, les recherches démontrent qu'il sera

environ deux fois plus victime de violences verbales, et que ses élèves seront également deux fois plus victimes de ces mêmes violences. En l'absence de ce soutien collectif, les enseignants décrochent de façon plus importante, c'est un problème majeur tant en France que dans les autres pays.

S. A. : En quoi la qualité de l'enseignement et de l'apprentissage est un facteur majeur pour le bien-être des élèves et des enseignants ?

E.D. : C'est le second grand déterminant du climat scolaire. En effet, contrairement à ce qui est parfois mis en avant, l'approche par un climat scolaire positif n'est pas opposée à une approche centrée sur le développement des savoirs académiques chez les élèves. Au contraire, les recherches et la pratique quotidienne démontrent que les résultats des élèves dépendent très largement de la qualité du climat scolaire. Si la communauté éducative croit en la réussite des élèves, ces derniers réussiront mieux. Tous les facteurs sont interdépendants les uns des autres.

Un bon climat, c'est aussi favoriser les apprentissages sociaux. Prenons l'exemple de l'enseignement de la morale : il ne s'agit pas simplement de dispenser une leçon de morale qui n'aura que peu d'effets sur les conduites. Il s'agit d'encourager l'apprentissage, la coopération entre les élèves. D'avoir une vision claire du soutien et de la disponibilité de l'administration vis-à-vis des enseignants. L'approche par le climat scolaire, c'est aussi une approche sur la qualité des enseignements.

L'ESSENTIEL

▣ **Président de l'Observatoire international de la violence à l'école, Éric Debarbieux est actuellement délégué ministériel chargé de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire depuis 2012.**

▣ **Il souligne qu'un bon climat scolaire est déterminant pour la santé des élèves, mais aussi des enseignants. Se fondant sur les recherches scientifiques internationales, il explique comment travailler pour réunir les conditions propices à un climat scolaire favorable.**

Les élèves sont extrêmement sensibles au climat scolaire. Ainsi, les chercheurs R. Astor et R. Benvenuti [1] ont identifié les différents déterminants du climat scolaire et ceux qui ont un effet majeur sur les différents types d'apprentissage. Leur étude sur un échantillon de 75 000 élèves montre que c'est le facteur « violence/insécurité » qui a l'incidence la plus significative sur la baisse des résultats pour les enfants d'âge primaire.

S. A. : Quelle est l'incidence de l'insécurité sur la santé des élèves ?

E.D. : La sécurité physique est effectivement le troisième grand déterminant du climat scolaire. Toutes les études démontrent que le climat scolaire est le déterminant principal des différences de niveaux d'agression entre les établissements scolaires. Deux



éléments majeurs entrent en compte : le premier est la stabilité et la capacité de régulation des équipes éducatives, facteur démontré comme davantage influent que des facteurs environnementaux du type chômage et précarisation du milieu familial. On dit souvent que l'école est dans un contexte, je dirais plutôt que l'école est LE contexte ! L'école n'est pas extérieure à son quartier, aux relations humaines qu'elle génère elle-même.

Le second élément déterminant est le sentiment de justice scolaire, lequel repose sur des règles claires. Un règlement compris est un élément essentiel en termes de sécurité. C'est un changement de paradigme par rapport aux idées dominantes : pendant très longtemps, en France et ailleurs, l'idée dominante a été que la violence venait uniquement de l'extérieur de l'établissement scolaire, d'où des solutions, préconisées et mises en œuvre, de protection physique : clôture des établissements, vidéo surveillance, protection policière.

Or, les problèmes de violence à l'école sont d'abord des petits problèmes, répétitifs, qui peuvent ensuite

prendre une ampleur importante. Je pense bien entendu au problème de harcèlement, cela se passe à l'intérieur de l'établissement, et c'est la raison pour laquelle l'approche par le climat scolaire est aussi importante. Les différences en matière de niveaux de victimation selon les établissements sont très liées à la question du climat scolaire, en particulier à la justice scolaire qui est l'un des éléments importants de la sécurité. Les sentiments de sécurité et de justice scolaire sont complètement liés.

S. A. : *En quoi l'environnement physique a-t-il un impact sur les élèves et la communauté éducative ?*

E.D. : L'état des locaux, leur niveau de propreté, l'espace disponible, la mise à disposition du matériel adéquat, l'esthétique..., l'environnement physique résulte de l'architecture, de la manière dont les lieux sont conçus. Exemple : si la communauté éducative souhaite travailler dans les meilleures conditions avec les parents, il faut un lieu d'accueil spacieux et calme. Nous travaillons sur l'environnement physique et nous allons publier un guide sur l'architecture

scolaire, car derrière l'architecture, il y a des choix, y compris éducatifs et relationnels.

Réalisant nombre de missions à l'étranger, ce qui me frappe en France c'est que les lieux – établissements scolaires – sont peu ou pas habités par les élèves ! Souvent les murs sont vides, tristes, les travaux des élèves sont peu mis en valeur. À Varsovie (Pologne), dans une école primaire de 1 500 élèves, nous venons de constater que les murs étaient couverts d'œuvres enfantines vraiment mises en valeur, pas punaisées ou scotchées à la va-vite. Ces murs étaient véritablement habités, les enfants se les étaient appropriés.

S. A. : *Comment définir ce sentiment d'appartenance ?*

E.D. : C'est le cinquième déterminant du climat scolaire : la manière dont l'élève « habite » son établissement, dont il tisse un sentiment d'appartenance à son école, qui est celle de son quartier, de sa ville. C'est aussi le sentiment d'appartenance des adultes, lequel ne peut être nourri que par des pratiques d'entraide, des

enseignants et non-enseignants entre eux – communauté éducative – mais aussi des parents. Le fait d'appartenir à une communauté scolaire passe par des gestes simples : accueil des nouveaux enseignants, lieux et moments de convivialité, valorisation des élèves et des réussites, accueil des élèves et des parents par le personnel en général (ne serait-ce qu'à l'entrée de l'établissement).

S. A. : En quoi le climat scolaire a-t-il un impact sur la santé des élèves et de la communauté éducative ?

E.D. : Le climat scolaire a un impact direct sur la santé des élèves et des enseignants. C'est une invitation à voir les choses d'un point de vue systémique, parce que tous ces facteurs interagissent sur la santé mentale des élèves, sur les conduites à risque, ainsi que sur les apprentissages.

Ce lien extrêmement fort est démontré et mis en avant dans toutes les recherches internationales : une bonne santé, mentale notamment, est très liée à un climat scolaire positif. Les plus importantes méta-analyses démontrent qu'un bon climat scolaire – et particulièrement des relations encourageantes, à l'inverse de la dévalorisation – augmente l'estime de soi, réduit les problèmes psychosomatiques et la victimation, ce qui favorise une attitude de demande d'aide lorsqu'un individu est confronté à des problèmes. L'on peut ici établir le lien avec les problèmes de harcèlement, qui ont un fort retentissement sur les comportements sexuels à risque, sur la consommation de drogues, sur les risques de dépression. Tout cela est avéré. Et l'établissement qui travaille en réseau s'en sortira mieux. Ce « réseau » est d'abord un réseau interne, par le travail en équipe, mais aussi partenarial, avec les professionnels de la santé, des autres institutions, mais aussi, et peut-être surtout, avec les parents.

Par ailleurs, une recherche a démontré en 2010 que, dans les écoles confrontées à un niveau élevé de conflits entre adultes et élèves, ces derniers ont un risque plus élevé d'abus d'alcool.

S. A. : Observez-vous un changement dans l'approche des établissements vis-à-vis du travail sur le climat scolaire ?

E.D. : D'une manière globale les établissements progressent, nous formons les équipes éducatives (*voir encadré ci-contre*), la nécessité d'améliorer le climat scolaire est soulignée dans la nouvelle loi de refondation de l'école [2]. Enfin, nous avons créé un site internet¹ dédié, avec des fiches scientifiques sur le climat scolaire. Ce site est collaboratif et nous commençons à y centraliser toutes les expériences de terrain relatives au climat scolaire.

S. A. : L'injonction d'améliorer le climat scolaire ne peut donc pas fonctionner ?

E.D. : Effectivement cela ne se décrète pas, le climat scolaire ne se refonde pas par une impulsion venant du haut. Nombre d'actions se déroulent en France, il convient de les faire connaître et les valoriser.

L'amélioration est un travail de longue durée. Il faut aussi travailler sur la bienveillance, tant pour les élèves que pour les personnels en difficulté. Lors de l'une de nos dernières enquêtes de victimation auprès des personnels, début 2013, nous avons constaté que 14 % d'entre eux se déclaraient victimes de harcèlement, dont 60 % d'entre eux harcelés par d'autres membres du personnel ou par la hiérarchie. Un climat scolaire serein n'est pas envisageable en présence de telles relations entre adultes. Et 18 % s'estimaient avoir été ostracisés par une partie de la communauté éducative. On se trouve ici face à un sentiment d'appartenance défaillant, or c'est ce sentiment qui se diffuse de la communauté éducative vers les élèves. En conclusion, aucun membre d'une équipe éducative ne peut faire tout, tout seul. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. En ligne : <http://www.cndp.fr/climatscolaire/accueil.html>

UNE DÉLÉGATION MINISTÉRIELLE POUR FORMER LES PROFESSIONNELS

La délégation ministérielle chargée de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire, installée en novembre 2012, est une « structure pérenne et opérationnelle associant la connaissance scientifique et l'action » comme l'indique le ministère de l'Éducation nationale. Elle rassemble une expertise et des connaissances sur la prévention de la violence à l'école, met en place des formations pour les formateurs, les enseignants, les équipes éducatives, les personnels des académies et de l'Éducation nationale. Elle aide les académies dans les régions à former des « groupes de climat scolaire », à savoir des formateurs qui peuvent être des infirmières techniques départementales, des proviseurs, des responsables de vie scolaire, etc. L'objectif est de mettre en place un plan de formation au niveau national sur trois ans.

La délégation rédige aussi des protocoles d'intervention et de gestion de crise, sensibilise les professionnels via des conférences. Plusieurs académies ont inscrit le travail sur le climat scolaire dans leurs priorités pluriannuelles. La délégation a également conçu et publié des ouvrages et outils d'intervention : un guide du climat scolaire pour le premier degré¹, un autre guide pour le second degré va être publié courant 2014 ; des documents destinés aux professionnels pour les épauler dans leur pratique.

Y. G.

1. En ligne : <http://eduscol.education.fr/cid73610/guide-sur-le-climat-scolaire-a-l-ecole-primaire.html>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Benbenishty R., Astor R. *School Violence in Context. Culture, neighborhood, family, school, and gender*. New York: Oxford University Press, 2005.
[2] Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école. Journal Officiel du 9 juillet 2013.

« Développer les compétence sociales chez les enfants »

Le titre est à double détente : « À l'école des enfants heureux... enfin presque ». Le rapport réalisé par l'Observatoire international de la violence à l'école pour l'Unicef France et publié en mars 2011 est une référence car il présente les résultats d'une enquête sur la victimisation et le climat scolaire auprès d'élèves du cycle 3 des écoles élémentaires. Dans le cadre de ce dossier central, nous en présentons quelques éléments en lien avec le sujet traité, c'est pourquoi nous nous focaliserons sur le climat scolaire plus que sur les violences et leurs caractéristiques, sans bien évidemment les minorer pour autant. Cette enquête a été menée auprès de 12 000 élèves du cycle 3 (élèves âgés de 8 à 12 ans, collègue).

Le niveau de bien-être personnel

Que disent ces experts ? Qu'à l'école élémentaire, l'impression de bien-être personnel ressenti par les enfants est clairement affirmé par la majorité d'entre eux : 52 % disent qu'ils se sentent tout à fait bien et près de 37 % plutôt bien. Mais qu'un nombre d'élèves non négligeable (environ 11 %) disent y être plutôt mal à l'aise (8,4 %) ou « pas bien du tout » (2,7 % des élèves). En moyenne, les victimations sont plutôt limitées et on notera que plus de 9 élèves sur 10 déclarent ne pas avoir peur dans leur école. Donc, loin du « catastrophisme affolé qui s'est emparé des représentations communes de l'école française », l'enquête livre « un regard très positif des élèves » sur

leur établissement, leurs enseignants et les relations avec leurs camarades. Avec notamment une qualité de l'enseignement perçue comme bonne ou très bonne par 95 % des élèves. Donc la perception d'un climat scolaire globalement bon.

Absentéisme et décrochage

Cependant, il y a la minorité qui ne s'y retrouve pas, à savoir les victimes de violence, harcèlement, ce qui nourrit l'absentéisme et le décrochage scolaire. Or les chiffres montrent l'existence de victimations répétées non négligeables. Les auteurs soulignent que l'une des conséquences clés des victimations répétées est l'effondrement des représentations de l'école chez les victimes, lesquelles perçoivent négativement le climat scolaire dans toutes ses dimensions. Un élément particulier intervient dans l'évaluation du climat scolaire : le sentiment de justice quant à l'application du règlement intérieur et en particulier des punitions. Les auteurs rappellent que, dans le cadre d'une recherche menée par Soule et Gottfredson (en 2003), le sentiment de justice à l'école est, lorsqu'il est dégradé, l'un des principaux facteurs de risque corrélé à une augmentation des victimations.

Agir en profondeur dans les établissements

Les auteurs concluent en soulignant que leur recherche n'a pas été réalisée dans un but prescriptif : elle ne vise pas à apporter des « solutions » contre la violence, mais à la décrire. Cepen-

dant, « tout nous conduit à une préconisation massive : centrer la lutte contre la violence à l'école par une action en profondeur sur le harcèlement entre pairs est primordial ». Les stratégies d'intervention sont de promouvoir des communautés scolaires sûres (voir l'entretien avec *Éric Debarbieux* et l'article de *Michel Janosz* et *Sophie Pascal* dans ce même numéro). Face au mal-être notamment nourri par les actes de violence et/ou de harcèlement, c'est à l'intérieur de l'établissement et via les équipes éducatives qu'il convient de s'organiser pour faire face et trouver les solutions adéquates, expliquent en substance les auteurs. La littérature scientifique démontre que l'amélioration du climat scolaire réduit le niveau des violences dans les établissements. Ceci passe aussi par « des programmes spécifiques de haute qualité (...) qui visent à développer des compétence sociales chez les enfants (en particulier l'empathie) ». ■

Yves Géry

Pour en savoir plus

Rapport accessible en ligne : <http://www.agircontreleharcelementalecole.gouv.fr/centre-de-resources/rapports-et-enquetes/>

Climat scolaire et promotion de la santé : enquête auprès des collégiens

Emmanuelle Godeau, médecin de santé publique au rectorat de Toulouse, chercheuse UMR1027 Inserm, université Paul Sabatier (UPS), Toulouse, coordinatrice de l'enquête HBSC, avec le docteur **Félix Navarro,** médecin conseiller, académie de Toulouse.

Réalisée tous les quatre ans sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, l'enquête internationale HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) est destinée à appréhender la perception qu'ont les élèves de leur santé et de leur vécu au sein de l'école, et leurs déterminants. Cette enquête est réalisée, en France, depuis 1994. En 2010, elle a concerné plus de quarante pays ou régions essentiellement européens. En France, les données les plus récentes de l'enquête HBSC (2010) concernent un échantillon de 347 établissements publics et privés (568 classes) soit environ 12 000 élèves du CM2 à la seconde. En voici les principaux résultats.

Les adolescents français estiment être en bonne santé. Ainsi, neuf jeunes sur dix considèrent que leur santé est bonne ou excellente. Ils sont également huit sur dix à rapporter un niveau élevé de satisfaction concernant leur vie. Ce dernier résultat est en augmentation de cinq points par rapport à la précédente enquête, menée en 2006. Par ailleurs, les garçons ont

globalement une meilleure perception de leur santé et de leur vie que les filles. Cette perception est également meilleure chez les plus jeunes et se dégrade avec l'âge, plus fortement d'ailleurs parmi les filles que parmi les garçons. Ainsi, en classe de troisième, plus de la moitié des filles et presque un tiers des garçons rapportent des plaintes psychosomatiques fréquentes et récurrentes.

Comparés à ceux des autres pays, peu d'adolescents français de 15 ans considèrent leur santé comme mauvaise voire très mauvaise. Dans tous les pays, les filles considèrent leur santé plus mauvaise que les garçons, la dégradation de cette perception croît avec l'âge et la santé est perçue comme plus mauvaise chez les enfants issus de familles défavorisées.

Le syndrome de plainte

Le syndrome de plainte correspond au fait de déclarer au moins deux symptômes plus d'une fois par semaine, dans les six mois précédant la déclaration, parmi une liste de huit symptômes psychosomatiques fréquents à l'adolescence¹. Le syndrome de plainte est plus fréquent chez les filles que chez les garçons. De plus, ses manifestations sont relativement stables dans le temps parmi les garçons, alors qu'elles augmentent avec l'âge chez les filles. La France est l'un des pays où les enfants rapportent le plus souvent le syndrome de plainte. Enfin, ce syndrome est d'autant plus fréquent que le niveau de richesse des parents est faible.

L'ESSENTIEL

- **HBSC est une enquête unique sur la vie des collégiens, qui répondent à des questions sur leur bien-être, leur santé, leur vécu scolaire, leurs difficultés, leurs niveaux d'engagement dans des conduites à risque, et leurs contextes de vie.**
- **Ce qui frappe, dans les résultats, est la dégradation constatée lors des années collège. Pendant ces années, les indicateurs de santé globale et de satisfaction vis-à-vis de l'école et de la vie en général se détériorent, alors que les conduites à risque augmentent.**

La manière dont ils perçoivent leur vie

L'enquête montre que les adolescents relativisent les symptômes liés à l'adolescence. La majorité des adolescents français jugent leur vie plutôt bonne. Une légère dégradation dans le temps de cette perception est observée uniquement chez les filles. La France fait partie des pays qui présentent un niveau de satisfaction des jeunes le plus élevé. Dans tous les pays, cette perception croît en fonction de la richesse des parents. À souligner que la France est un pays où les inégalités sociales de santé sont présentes dès l'adolescence.

Le vécu scolaire

Plus de deux élèves sur trois affirment aimer l'école. Parmi eux, les filles sont plus nombreuses que les garçons. Mais ce sentiment a tendance à diminuer

à mesure que les enfants grandissent. Toutefois, l'évolution générale, depuis 2006, indique une nette progression des élèves déclarant aimer l'école, probablement en raison des actions mises en œuvre par l'Éducation nationale sur la transition école-collège (visites des CM2 au collège, projets communs CM2/ Collège, etc.) et sur le climat scolaire (systématisation des heures de vie de classe notamment, programmes autour du bien-être à l'école et du vivre ensemble, etc.).

La mauvaise estime de soi quant aux résultats

L'enquête porte également sur le ressenti des adolescents par rapport à leur niveau scolaire. L'étude met en exergue que peu d'élèves français estiment avoir de bons résultats scolaires, en outre cette perception se détériore au fur et à mesure de l'avancée au collège.

La perception de l'école par les élèves est également plus mauvaise au collège qu'au primaire ou au lycée. Parmi les explications figure le fait que le collège est le temps de la puberté, un bouleversement hormonal, ayant indiscutablement un impact sur la capacité des adolescents à se centrer sur les apprentissages (fatigue, préoccupations centrées sur les changements du corps, augmentation de l'importance des pairs, etc.). Chez les garçons, la dégradation de l'appréciation de l'école atteint son apogée entre la sixième et la cinquième tandis que chez les filles, le paroxysme se trouve en classe de quatrième (voir figure 1 ci-dessous). Si les mêmes tendances sont visibles

au niveau international, la France est l'un des pays qui présente la dégradation la plus marquée de l'appréciation de l'école entre 11 ans et 13 ans, c'est-à-dire lors de l'entrée en sixième. De plus, la France est l'un des pays où les collégiens s'autoévaluent le plus négativement. Cette attitude s'accroît au fil du temps, et pourrait témoigner de l'intériorisation par les élèves de notre système évaluatif sanctionnant l'échec, et orienté vers l'excellence scolaire, au détriment des plus faibles comme en témoignent les résultats de la dernière vague de l'enquête Pisa.

L'embellie avec le lycée

Les élèves de seconde générale et de seconde professionnelle aiment trois fois plus l'école que les élèves de troisième. La fin du désamour de l'école après le collège peut s'expliquer à travers plusieurs facteurs liés au vécu scolaire. S'estimer autonome dans ses activités, obtenir de bons résultats scolaires et surtout se sentir soutenu par ses enseignants sont des facteurs qui favorisent le sentiment d'aimer l'école, sentiment plus fort chez les filles.

Des pistes pour orienter la réflexion sur l'amélioration du climat scolaire

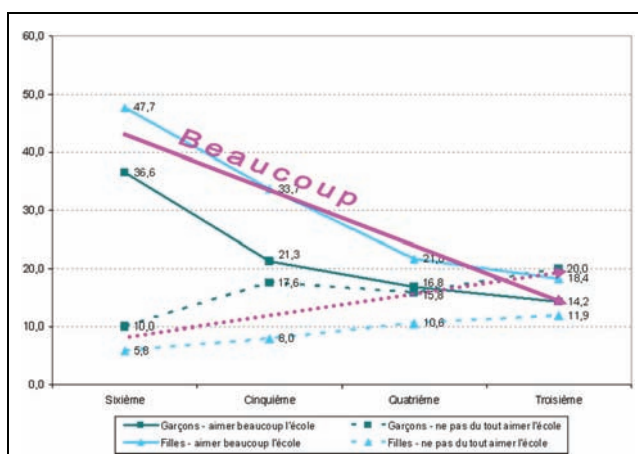
Ces constats font de l'enquête HBSC un outil pour fournir des pistes utiles d'amélioration du climat scolaire. Tout d'abord, pour les professionnels de terrain, au premier rang desquels les médecins scolaires, ces données permettent de prendre du recul et d'ajuster les interventions au ressenti global des élèves. Pour le ministère de

TÉLÉPHONE, INTERNET : UNE UTILISATION MASSIVE QUI RACCOURCIT LE SOMMEIL

L'enquête HBSC confirme que l'utilisation du téléphone, des textos ou d'Internet par les adolescents est fréquente, et qu'elle augmente avec l'âge. Les comparaisons internationales montrent de plus que la France est en passe de rattraper son décalage en matière d'utilisation des technologies d'information et de communication (TIC). On peut établir des liens entre utilisation des TIC et sommeil des adolescents. Les élèves perdent, chaque année, vingt minutes de sommeil par nuit (pendant les années collège, ndlr). En outre, la compensation, c'est-à-dire un sommeil plus important d'au moins deux heures le week-end par rapport à la semaine, déjà fréquente en classe de sixième, croît jusqu'en troisième. Enfin, la privation de sommeil – entendue comme des nuits de sommeil inférieure à sept heures – concerne 10 % des collégiens en moyenne, et jusqu'à 21 % des élèves de troisième. Ce phénomène touche directement la capacité d'apprentissage des élèves. Par ailleurs, l'enquête met en exergue que les enfants qui utilisent Internet le soir (et plus particulièrement à l'aide d'un smartphone) dorment en moyenne moins que les autres.

l'Éducation nationale ensuite, l'étude est un moyen de disposer d'éléments objectifs et fiables, établis par classe, précieux notamment pour établir des programmes d'intervention plus ciblés, ou encore pour effectuer des analyses spécifiques destinées à répondre à une question donnée ou un problème de santé particulier. Par ailleurs, pour les autorités de santé telle que l'Inpes, l'enquête est une voie d'exploration de nouvelles thématiques, pour objectiver des démarches à venir ou de suivi de l'impact de politiques de prévention. Enfin, ce type de recherche internationale permet de connaître les solutions présentes dans d'autres pays pour initier des réflexions. ■

Figure 1. Un désamour progressif du collège



1. Mal à la tête, mal au ventre, mal au dos, difficultés d'endormissement, étourdissements, être déprimé(e), irritable ou de mauvaise humeur et nerveux ou nerveuse.

Établissements scolaires et promotion de la santé : le cadre législatif

Nadine Neulat,

chef du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité, Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco), ministère de l'Éducation nationale.

La loi (n° 2013-595) du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école fixe au système éducatif un objectif ambitieux : celui de la réussite de tous les élèves. La politique éducative, sociale et de santé en faveur des élèves trouve toute sa place pour l'atteinte de cet objectif. Elle en constitue l'un des piliers essentiels.

La loi le rappelle : « *l'école a pour responsabilité l'éducation à la santé et aux comportements responsables. Elle contribue au suivi de la santé des élèves. La politique de santé à l'école est définie selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection* ».

Cette politique favorise le bien-être et la réussite de tous les élèves. Elle contribue à réduire les inégalités de santé, par le développement de la promotion de la santé et des démarches de prévention. Elle doit aussi trouver sa place dans les priorités du système éducatif définies par la loi : la priorité accordée au primaire, la refonte de l'éducation prioritaire, la scolarisation des élèves en situation de handicap, la promotion d'une école inclusive, la prévention de l'absentéisme et du décrochage, la lutte contre toutes les formes de violences et de harcèlement.

L'ESSENTIEL

☒ **L'éducation, la prévention et la protection sont au cœur de la nouvelle loi sur l'école.**

☒ **Promouvoir la santé dans les établissements scolaires, cela signifie notamment créer un environnement scolaire favorable à la santé.**

☒ **Dans trois académies (Lyon, Créteil et Versailles) des expérimentations sont mises en œuvre dans cette optique.**

La loi définit encore plus précisément le champ de la mission de promotion de la santé à l'école. Parmi les domaines évoqués, on peut citer :

- un environnement scolaire favorable à la santé ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'éducation à la santé fondés sur le développement des connaissances et des compétences des élèves ;
- la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre du partenariat éducation nationale-santé ;
- la détection précoce des problèmes de santé ;
- l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisés des élèves.

Les différents aspects de cette politique globale vont faire l'objet, courant 2014, d'orientations générales définissant la politique éducative, sociale et de santé. L'ensemble des personnels de la communauté éducative y est associé. Les personnels médicaux, infirmiers et sociaux y ont une place particulière. Au

niveau local, c'est le fonctionnement en réseaux qui sera privilégié, dans le cadre notamment de la liaison école-collège. Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) en seront un des outils essentiels. Le ministère de l'Éducation nationale travaille sur ces objectifs en lien avec ses partenaires : ministère de la Santé, Inpes, Mildt, partenaires associatifs, collectivités territoriales, etc.

Deux exemples d'actions engagées sur l'approche globale de la promotion de la santé

À Lyon : l'action intitulée « *Aller bien pour mieux apprendre* » (ABMA)

Dans le cadre du Programme d'action commun (Pac) qui lie la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) et l'Inpes, une action spécifique a été développée dans le cadre du CESC académique en 2012-2013 pour une durée de cinq ans. Sept établissements de l'académie de Lyon se sont portés volontaires en 2012-2013.

L'approche globale constitue le centre de l'action ABMA (voir encadré page 28). Un accompagnement de l'académie et de l'Inpes est mis à disposition des établissements. Les interventions auprès des équipes éducatives relèvent de trois domaines : l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, l'acquisition des compétences pour les élèves, l'information et la prévention autour des thématiques de santé. Ce programme fera l'objet d'une évaluation à l'issue de trois ans de fonctionnement pour être éventuellement étendu à d'autres académies.

À Créteil et Versailles

À l'initiative de la Dgesco et de la MILDT, deux collèges de ces académies travaillent sur la mise en œuvre d'un projet de prévention fondé sur le développement des compétences psychosociales des élèves. Mise en place dans le cadre du projet d'établissement, l'action associe tous les membres de la communauté éducative (prioritairement les enseignants). Le projet prévoit la mise en place d'une action de longue

durée, adaptée à chaque classe. Les établissements bénéficient par ailleurs de formations et d'un accompagnement méthodologique tout au long de l'année. Cette action est évaluée progressivement à la fin de chaque année scolaire par l'Instance régionale en éducation et promotion de la santé (Ireps) d'Île-de-France.

D'autres académies (par exemple, Toulouse et Strasbourg) ont mis en place des CESC (au niveau académique

ou départemental) qui fonctionnent selon des objectifs et des modalités analogues.

Il convient donc désormais – et ce sera l'un des objectifs de l'initiative nationale en faveur de la santé des élèves – de diffuser ces expériences innovantes, pour que chaque académie s'approprie cette démarche globale et l'adapte à ses contraintes et ses contextes propres. ■

ÉDUCATION À LA SANTÉ POUR LE MILIEU SCOLAIRE : UN CADRE DE RÉFÉRENCE

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi les missions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), en lui confiant l'élaboration des programmes d'éducation pour la santé en milieu scolaire et le pilotage d'un comité consultatif de ces programmes. Dans ce cadre, l'Inpes élabore, en étroite collaboration avec la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) du ministère de l'Éducation nationale, un « cadre de référence en éducation à la santé en milieu scolaire ». Destiné en premier lieu aux enseignants, il a pour objectif d'expliquer le lien entre l'enseignement des disciplines scolaires et le développement des compétences psychosociales¹. Dans le système éducatif français, la promotion de la santé n'est pas une discipline scolaire à proprement parler, mais fait partie des « éducation à » qui sont transversales à l'ensemble des enseignements. Cela implique que tous les domaines de la vie d'un établissement scolaire et que toutes les disciplines scolaires participent, à un moment ou à un autre, au développement de ces compétences chez les élèves. Le cadre de référence permet d'en présenter une vision cohérente et synthétique.

Sandrine Broussouloux

1. Les compétences psychosociales sont définies par l'Organisation mondiale de la santé comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

SEPT ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES EXPÉRIMENTENT « ALLER BIEN POUR MIEUX APPRENDRE »

« Aller bien pour mieux apprendre » (ABMA) est un dispositif expérimental conçu et mis en œuvre par l'Inpes et le rectorat de Lyon. Il est expérimenté dans sept établissements volontaires depuis la rentrée 2012-2013 pour une durée de trois ans. Le dispositif consiste à implanter une démarche globale de promotion de la santé au sein d'un établissement scolaire, au profit des élèves mais aussi du personnel (ensemble de la communauté éducative). Les interventions mises en œuvre dans le cadre de ce dispositif peuvent concerner :

- la gestion du temps au sein de l'établissement ;
 - la gestion des espaces et des lieux ;
 - les relations interpersonnelles ;
 - la communication ;
 - le développement des compétences sociales et personnelles ;
 - le partenariat.
- Ces interventions peuvent être de différentes natures :
- actions relevant de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement ;
 - interventions à visée éducative ;
 - interventions en lien avec le contenu des enseignements ;
 - activités d'information.

Au sein des établissements, une équipe projet, composée de membres du personnel, implante le dispositif avec l'accord préalable du chef d'établissement. Le dispositif est intégré dans les activités du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Les références théoriques et conceptuelles du dispositif ABMA sont « les écoles promotrices de santé »¹, lesquelles :

- reposent sur une approche globale de la santé et se proposent d'agir sur les déterminants de santé ;
- considèrent l'école comme lieu de vie influençant la santé de tous ceux qui le fréquentent.

L'élaboration du dispositif ABMA repose également sur la littérature scientifique relative à l'efficacité des stratégies de prévention en milieu scolaire, qui stipule que, pour être efficaces, les programmes doivent :

- être inscrits dans la durée (entre un et cinq ans) ;
- impliquer l'ensemble de la communauté éducative ;
- être en lien avec les contenus des programmes d'enseignement ;
- développer les compétences psychosociales.

S.B.

1. À partir de la définition par l'OMS de la promotion de la santé, des approches par « lieux de vie » ont été développées : écoles, hôpitaux, villes, lieux de travail, universités, etc.

Collège Monod à Vitry-sur-Seine : « Se former ensemble pour résoudre les conflits »

**Entretien avec
Erick Plantelin
et Coralie Caijo,**
principal et principale adjointe.

La Santé en action : En quoi consiste le programme de prévention des conduites addictives que vous avez mis en place à l'invitation des pouvoirs publics ?

Erick Plantelin et Coralie Caijo : Notre collège est implanté en Zone urbaine sensible (Zus), nous mettons en œuvre de la prévention classique contre les dangers de l'alcool, du tabac et du cannabis auprès des élèves, via l'infirmière scolaire, avec par exemple des séances magistrales sur les effets négatifs du tabac. Mais nous nous interrogeons sur l'efficacité de ces actions de prévention. À la même période, le ministère nous a proposé de participer à son programme expérimental de prévention des conduites addictives, en travaillant non pas sur l'interdit mais sur le climat scolaire et le bien-être des élèves, afin que ces derniers soient en quelque sorte moins « tentés » d'expérimenter tabac, alcool et cannabis. Les amener à réfléchir, créer un état d'esprit.

S.A. : Comment le programme a-t-il été mis en place ?

E.P. et C.C. : L'expérimentation a commencé à la rentrée de septembre 2012, au niveau des sixièmes, avec l'organisation d'activités ludiques toutes centrées sur le développement de l'estime de soi et des compétences

psychosociales : jeu de l'île déserte proposé et animé par les élèves infirmiers de l'Ifsi, « ballon des compliments » que les élèves se renvoient entre eux avec un compliment adressé à l'autre. L'objectif est de développer la prise de confiance, une bonne image de soi, en leur offrant l'opportunité de parler d'eux et des autres de manière positive. Le point fort est que nous avons travaillé, tout au long de l'année, sur le climat, l'ambiance de la classe.

Nous avons aussi organisé des « ateliers de philosophie » afin d'aborder des thèmes généraux, comme l'addiction, le respect, le partage, la bienveillance. Les intervenants sont les enseignants et les CPE. Ce travail fondamental peut contribuer à développer chez les enfants un esprit critique, d'initiative, de responsabilisation. En effet, une meilleure reconnaissance de soi permet d'exprimer un esprit critique, d'une part pour soi-même et envers l'autre ou le groupe. À la rentrée suivante, en septembre 2013, le programme s'est poursuivi en cinquième. Il s'agit en effet d'une expérimentation « en cohorte », afin de suivre les élèves au fur et à mesure qu'ils progressent en niveau.

S.A. : Pourquoi avez-vous tous été formés à la résolution des conflits ?

E.P. et C.C. : Dans le cadre du projet avec l'Éducation nationale, nous souhaitons travailler sur les compétences psychosociales telles que définies par l'Organisation mondiale de la santé¹. Le besoin de travail avec Génération Médiateurs est concomitant. Par ailleurs, l'année scolaire 2012-

L'ESSENTIEL

- Le ministère de l'Éducation nationale a choisi plusieurs établissements, dont ce collège, pour y mettre en œuvre un programme expérimental de lutte contre les addictions.
- L'ensemble du personnel du collège a été formé en commun à la résolution des conflits.

2013 a été particulièrement difficile au niveau du climat de l'établissement. Nous avons ainsi eu vingt-trois conseils de discipline, dans une ambiance compliquée. Notre priorité était de travailler sur le climat de l'établissement.

La majorité – soit trente-deux personnes, ce qui représente environ 60 à 70 % des adultes – du personnel de l'établissement a effectivement été formée par Génération Médiateurs à la résolution des conflits, en collectif pendant trois jours. Ils formeront ensuite des élèves de cinquième afin que ces derniers deviennent des médiateurs pour les élèves les plus jeunes. Un parent d'élève a également été formé et co-anime avec un enseignant une séance en classe. Génération Médiateurs proposait d'outiller les enseignants pour qu'ils gèrent au mieux leur quotidien et se sentent également davantage soutenus. Nous avons besoin d'une aide extérieure pour améliorer le climat de l'établissement. Il y a eu un véritable engouement du personnel vis-à-vis de cette formation car tout le monde était désireux d'apprendre, pour l'aspect innovant et aussi

Dossier

Promouvoir la santé des élèves dans les établissements scolaires

parce que la formatrice est venue présenter le contenu de la formation au personnel et a très rapidement recueilli son adhésion.

S.A. : De quels outils disposent désormais les enseignants ?

E.P. et C.C. : Nous avons un classeur avec des fiches d'activités permettant d'organiser les vingt heures sur l'année que nous consacrons à ce programme, au rythme régulier d'environ deux heures par mois. Les interventions s'effectuent en binômes ou trinômes, par exemple principal adjoint, professeur principal, infirmière scolaire. Toutes les équipes ont la même matrice d'intervention, ce qui rend cohérente notre démarche. Nous consacrons beaucoup de temps à l'expression des élèves. Chaque séance est dédiée à une thématique précise : les différences, mieux se connaître, les qualités de chacun, etc.

S.A. : Quels sont les premiers résultats de ce programme ?

E.P. et C.C. : Il est trop tôt pour mettre en avant des résultats. L'Instance régionale en éducation et promotion de la santé (Ireps) (*d'Île-de-France, ndlr*) a été mandatée par les pouvoirs publics pour évaluer dans notre établissement l'impact de ce programme². Les premiers éléments partiels soulignent que les élèves ont bien perçu qu'il y avait un véritable projet, ils savent de quoi l'on parle et se sentent concernés. L'accueil des élèves est globalement favorable, car le programme est ludique, en rupture avec l'enseignement traditionnel. Les élèves y prennent beaucoup de plaisir et plébiscitent souvent les séances. Ils participent, nous les écoutons, ce sont eux qui prennent la parole, l'exercice est valorisant pour eux.

Autre impact constaté : quand une classe « déraile » un peu, nous avons moins de difficulté à la reprendre en main avec les élèves car nous avons déjà travaillé avec eux sur des thèmes *via* des jeux. Quant aux enseignants, ils mettent en avant le fait que la formation a permis d'installer une « culture commune », les discours se sont rapprochés et sont plus cohérents vis-à-vis des élèves. Pour ces derniers, le fait de pratiquer des jeux collectifs a aussi permis de développer une culture commune. Les parents d'élèves sont pleinement associés. Le parent

d'élève formé, et qui intervient, fait office de porte-parole auprès des autres parents. Dans toutes les réunions, y compris les conseils de classe, nous présentons l'avancement du programme.

S.A. : Quelle sont les consommations les plus à risque de substances psychoactives chez les élèves ?

E.P. et C.C. : Peu de consommation d'alcool, une consommation classique de tabac, plutôt faible, avec la particularité que les filles sont les plus consommatrices, une consommation non négligeable de cannabis. Et un particularisme local : une consommation de chicha chez certains de ces enfants âgés de 11 à 15 ans. Ils banalisent ce produit qu'ils considèrent comme sans danger, il faut faire de la prévention pour leur expliquer. Certains consomment dans le hall des cités par désœuvrement. Il s'agit d'un acte convivial et culturel, d'autant qu'ils voient les plus grands consommer.

Le cannabis nous pose de gros problèmes. Depuis septembre 2013, la situation est plutôt calme ; toutefois l'an dernier nous avons été contraints d'exclure plusieurs élèves, dont un qui avait été intercepté dans l'établissement avec de l'argent liquide issu de la vente de cannabis au sein même du collège. Nous faisons intervenir des professionnels de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) pour faire de la prévention. Par ailleurs, en dehors des substances psychoactives, le harcèlement *via* Internet est également l'une de nos préoccupations.

S.A. : Quel bilan dressez-vous de ce programme expérimental, du point de vue des atouts et des faiblesses ?

E.P. et C.C. : Nos atouts sont une équipe très investie, soucieuse de porter le projet, une véritable envie de « faire ». Le fait d'être soutenu financièrement par le ministère de l'Éducation nationale permet de dégager du temps pour que le personnel puisse travailler en équipe. La formation apporte des outils, et surtout fait évoluer certaines mentalités et notre manière d'aborder les élèves, cela crée un sentiment de communauté et de solidarité. C'est un préalable indispen-

sable au niveau du personnel pour atteindre notre objectif : développer chez l'enfant le sentiment qu'il appartient à un groupe, qu'il est reconnu, aimé et accepté de tous.

Autre atout, nous sommes le seul collège à Vitry-sur-Seine à participer à la Mission rénovation ambition réussite (Mapi) et, à ce titre, nous accueillons les CM2, plusieurs jours tout au long de l'année scolaire, pour les préparer dans les meilleures conditions à intégrer le collège l'année suivante. Plus précisément, nous accueillons les élèves des trois groupes scolaires pendant deux jours. La première partie concerne un accueil-visite avec des délégués de classes, puis un travail sous la forme de jeux issus de Génération Médiateurs et d'ateliers philo. La deuxième partie est davantage pédagogique et permet un lien entre cours de CM2 et collège. Lors de la rentrée de septembre, les élèves ont également le droit à une rentrée sur trois jours où sont retravaillés des fondamentaux, comme l'écoute en classe, la prise de parole, la manière d'apprendre une leçon, la méthode pour avoir son espace personnel au collège, à la maison, pour préparer son sac, etc.

En contrepoint, notre plus grande difficulté est de trouver des temps, à la fois scolaires sans rogner sur les programmes, et communs pour que les enseignants puissent piloter et faire avancer le projet. C'est un réel écueil, d'autant que nous avons décidé d'élargir le programme à deux niveaux cette année (sixième et cinquième) alors qu'il était prévu au départ une classe par an. Mais au fur et à mesure que nous avançons de la sixième à la troisième, il ne serait pas cohérent de s'en tenir à une classe. C'est une logique d'établissement. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » Source : OMS, division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies, 1993.

2. *Via* un questionnaire pour le personnel et les élèves, complété par des entretiens anonymes pour les élèves.

« Apprendre à résister à la pression du groupe »

Entretien avec Corinne Vetroff,

principale,
collège Paul Fort.

La Santé en action : Pourquoi ces projets de promotion de la santé dans votre établissement ?

Corinne Vetroff : 60 % de nos élèves viennent de quartiers prioritaires. L'académie et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) cherchaient un établissement scolaire pour lancer un projet de prévention et nous a contactés, estimant que nos équipes étaient mobilisables et les conditions propices. Il s'agit d'un programme lancé en 2012 sur la prévention des conduites addictives avec le soutien de la Mildt et qui a concerné, la première année, les 120 élèves de cinquième.

S.A. Comment luttez-vous contre le décrochage scolaire ?

C. V. : En parallèle nous avons lancé, en 2011, un programme global « Bien-être et bienveillance », qui concerne l'ensemble de l'établissement (450 élèves, trente enseignants et membres de l'équipe éducative). Pour ce faire, je suis partie examiner au Québec la transférabilité des actions réalisées sur la bienveillance : ils ne travaillent pas sur le décrochage scolaire, mais sur ce qu'ils nomment la « persévérance scolaire » : faire en sorte que l'élève se sente bien dans l'école, au-delà même de ses résultats scolaires, pour ne pas qu'il s'en aille. Nous avons, en premier

lieu, réfléchi avec les élèves. Nous avons organisé, en 2012, une semaine de la persévérance scolaire pour l'ensemble de l'établissement. Nous avons notamment créé un arbre de la persévérance scolaire, installé durablement dans le hall.

S. A. Pourquoi un « arbre de la persévérance » ?

C. V. : Parce que nous avons vu que cela fonctionnait très bien au Québec. Et que nous cherchions un projet fédérateur symbolique. Chaque élève a donc rempli une feuille d'arbre, fruit de sa réflexion avec les professeurs principaux et de français dans chaque classe. Les élèves ont ainsi verbalisé la réflexion suivante :

- quel est mon projet pour l'avenir ? (hors études) ;
- quels sont mes points forts pour y parvenir et sur lesquels je peux m'appuyer, et que dois-je améliorer ?

Ces questions sont issues des échanges entre les élèves et les enseignants, de la sixième à la troisième. Cette action symbolique est centrale, et toujours en cours. Les élèves arrivés en sixième à la dernière rentrée ont souhaité eux aussi remplir leur feuille, afin qu'elle figure dans le hall avec leur photo. Le procédé est vivant ; les élèves vont de temps à autre avec leurs copains regarder l'arbre.

S.A. Quelle est l'ampleur du décrochage scolaire dans votre établissement ?

C. V. : Il y a très peu de vrais décrocheurs, environ cinq pour tout l'établissement, car au niveau collège,

L'ESSENTIEL

- ▣ Ce programme au sein du collège Paul Fort a notamment pour objectif de lutter contre le décrochage scolaire ; l'établissement s'est inspiré d'une expérience québécoise.
- ▣ En parallèle, un autre programme portant plus spécifiquement sur la prévention des addictions a été mis en place, lequel travaille sur les compétences psychosociales, la capacité d'« apprendre à dire non » et à résister à la pression du groupe.

l'école est obligatoire. Il s'agit d'élèves qui ne viennent pas régulièrement en cours et pour lesquels l'absence prolongée pose problème. Par contre, nous avons des décrocheurs d'un autre niveau, il s'agit d'enfants qui viennent à l'école, qui ont des résultats faibles (moins de 5/20 de moyenne), qui sont à l'école pour certains d'entre eux parce qu'ils s'y sentent bien, mais dont on sait au vu de leurs résultats qu'ils vont se retrouver en décrochage à la sortie du collège.

C'est donc un renversement de paradigme, nous ne travaillons pas autour des élèves décrocheurs, mais avec l'objectif que les élèves en difficulté ne décrochent pas. Comme ces élèves sont relativement nombreux dans l'établissement, nous parvenons plus facilement à mobiliser les équipes. Notre objectif est que l'ensemble des élèves se sente bien à l'école, s'accroche,

ait confiance en les adultes. Nous nous situons ainsi au niveau de la prévention, avec l'objectif que ces germes évitent des décrochages au lycée.

S. A. : Par quel type d'actions concrètes travaillez-vous sur la persévérance scolaire ?

C. V. : Nous organisons des temps de concertation réguliers entre élèves et enseignants. Ainsi dans le cadre de la prévention du décrochage scolaire, chaque élève de troisième a rédigé une « lettre à moi-même », avec, comme premiers mots : « Dans un an, je serai... ». Ce travail a été réalisé dans le cadre du cours de français, l'intérêt pédagogique étant de mobiliser des compétences attendues pour cet enseignement. Lors de la semaine sur la persévérance, les professeurs d'histoire-géographie ont organisé un atelier-débat sous forme de théâtre forum avec les élèves de quatrième, avec une troupe de professionnels, autour de l'éducation civique et du bien-être à l'école.

S. A. : Quelle est la part du travail en équipe ?

C. V. : Fondamentale. Ce programme consiste à réunir les compétences de l'ensemble de l'équipe éducative, au-delà des enseignants : la principale, l'adjointe, la CPE, les enseignants et l'ensemble de l'équipe éducative. Nous travaillons beaucoup avec notre infirmière mais aussi, deux jours par semaine, avec l'assistante sociale. Nous avons des réunions régulières, un véritable partenariat et des échanges d'informations, tout en préservant le secret professionnel. Les parents sont également associés.

S. A. : Qu'avez-vous appris au Québec ?

C. V. : J'ai été frappée par le calme, la sérénité qui règne dans les écoles primaires que j'ai visitées. Ce qui m'a le plus impressionnée est la manière dont les équipes pédagogiques travaillent avec les élèves. Surtout, le regard que l'on porte sur les élèves, auxquels on dit ce qu'ils savent bien faire ; la culture d'évaluation là-bas est différente. En France, nous évaluons essentiellement par un socle commun de compétences « scolaires ». Au Qué-

bec, l'important est aussi d'être capable de mettre en avant les savoir-faire de l'enfant. Ainsi, dans les écoles primaires les enfants ont un porte-manteau individuel avec leur photo, et en dessous la liste de... leurs qualités ! Cela n'a pas à voir directement avec l'école et les enseignements, c'est un état d'esprit.

Autre initiative intéressante, dans une école secondaire ils ont créé un « atelier café », il s'agit d'un centre d'aide du français à l'écrit. Des professeurs sont disponibles pour tout élève qui souhaite se faire corriger sur une production écrite, pour une question de grammaire, de contenu. L'idée est que l'enseignant rend service à l'élève, qu'il n'y a pas de note. D'une manière générale, les enseignants sont davantage présents hors des cours, y compris pour recevoir les parents. Ils sont dans une réflexion plus globale. J'ai l'intention de transférer cette initiative dans notre établissement. En France, nous avons beaucoup de chemin à parcourir en comparaison à ce type de démarche.

S. A. : Jusqu'où peut-on aller dans le transfert des bonnes pratiques ?

C. V. : D'autres actions intéressantes ne sont pas transférables, tant les cultures sont éloignées. Ainsi, dans certaines écoles secondaires au Québec accueillant des 11-16 ans, les élèves potentiellement décrocheurs choisissent un « mentor » (tuteur) qui va les suivre pendant leur scolarité, et aussi en dehors de l'école, ce qui inclut des sorties culturelles. Cela n'est pas recevable dans notre culture. Dans l'établissement que j'ai visité, les résultats du mentorat sont impressionnants : aucun élève qui en a bénéficié n'a décroché de l'école.

Pour autant, il ne faut pas idéaliser la politique éducative et la posture des professionnels au Québec, eux-aussi sont confrontés à des difficultés qu'ils ne parviennent pas à résoudre.

S. A. : En quoi consiste le programme avec la Mildt sur la prévention des conduites addictives ?

C. V. : Le thème est la lutte contre les addictions. Les responsables de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) nous ont épaulés sur la méthodologie.

En effet, on ne peut pas se contenter de parler uniquement des dangers des produits à des enfants de 11 ans. Ce projet se déroule sur quatre ans et est doté de moyens financiers. En 2012, nous avons commencé avec les sixièmes, puis les cinquièmes en 2013. Ce projet est focalisé sur le développement des compétences psychosociales. Les enseignants ont été formés par une professionnelle du Codes.

S. A. : Sur quels thèmes précis intervenez-vous ?

C. V. : Deux thématiques fortes ont été identifiées :

- le bien-être et la bienveillance, ce qui permet de faire le lien avec le projet présenté ci-avant ;
- la pression du groupe. Avec les sixièmes, nous avons donc commencé à travailler sur « se connaître soi-même, connaître les autres, résister aux pressions du groupe ». L'Anpaa nous a préparé un programme sous forme d'ateliers de deux heures ou de demi-journées. Les professeurs ne font pas cours, ils interviennent conjointement avec les professionnels de l'Anpaa, via des ateliers, débats, jeux, activités adaptées, argumentaires et connaissances afin de donner des outils aux élèves pour « apprendre à dire non ». Il y a également eu des séjours collectifs en Bourgogne sur la thématique « vivre ensemble », ainsi que l'écriture de contes et de fables pour les spectacles de fin de séjour. Avec les professeurs d'art plastique, les élèves ont réalisé des grands auto-portraits, avec des mots clés inscrits sur le visage, les mains, le cœur, une manière de traduire « ce que je pense, ce que j'ai dans le cœur, ce que je veux donner ». Encore une fois des outils simples, une production concrète exposée ensuite aux parents. Nous amenons les élèves à réfléchir et produire des travaux collectifs, qui ensuite peuvent être partagés. ■

Propos recueillis par Yves Géry

« Qu'ils se sentent mieux au sein du collège afin qu'ils soient davantage disponibles pour l'apprentissage »

Entretien avec Olivier Miquet, principal, **et Muriel Torrion,** infirmière scolaire.

La Santé en action : Comment se situe votre collège ?

Olivier Miquet et Muriel Torrion : C'est un établissement de petite taille en zone plutôt rurale, avec une proportion importante d'élèves dont les familles sont en difficulté sociale, en témoigne le taux d'élèves boursiers qui est le plus important du département. Nous avons des familles très implantées dans la vallée et aussi des nouveaux arrivants, soit en accès à la propriété soit des familles attirées par les loyers très bon marché qui sont pratiqués ici pour différentes raisons historiques. Le personnel bénéficie de bonnes conditions de travail de par les effectifs et la taille de l'établissement. Nous avons beaucoup d'élèves en difficulté scolaire, nous sommes en zone d'éducation prioritaire et faisons partie du réseau réussite scolaire de l'Albarine. Dans ce contexte, le questionnaire rempli par les élèves nous indique que la très grande majorité dispose d'une bonne qualité d'écoute et d'échange au sein de la cellule familiale, avec un cadre organisé, des repas structurés. C'est un élément important.

S. A. : Comment avez-vous rejoint cette expérimentation ?

O. M. et M. T. : Notre établissement a intégré le programme expérimental



© Xavier Schwebel / Picturetank - Ministère de l'éducation nationale

« Aller bien pour mieux apprendre » (ABMA) en septembre 2012, sur proposition de l'académie, ce qui signifie travailler sur la santé et le bien-être des élèves mais aussi du personnel. Courant 2013, nous avons conçu un questionnaire, pour recueillir les attentes et les besoins des élèves afin de se sentir mieux dans l'établissement. Car ABMA inclut un changement de perspective, l'on part des élèves eux-mêmes. L'objectif est double : mettre en place des actions d'éducation à la santé et à la citoyenneté, avoir une approche globale favorisant le bien-être. Tous les élèves de la 6^e à la 3^e ont rempli ce questionnaire pendant une heure de vie de classe avec leur professeur principal.

S. A. : Que disent les élèves ?

O. M. et M. T. : Globalement qu'ils vont plutôt bien¹. Il n'y a pas de problématique de santé saillante, pas de consommations massives et inquiétantes de substances psychoactives par exemple².

Toutefois, bien entendu, le questionnaire a mis à jour de nombreux points sur lesquels nous pouvons travailler : ainsi la sanction ne semble pas toujours suffisamment comprise par les élèves. Par ailleurs, l'image que les élèves ont de leurs résultats, de leur réussite, de leurs propres potentialités n'est pas toujours satisfaisante. Pour une part de ces élèves, ceci peut signifier qu'ils ont une faible estime d'eux-mêmes et/ou une

L'ESSENTIEL

▣
 ▶ Tous les élèves du collège ont été questionnés sur les conditions de vie dans l'établissement.

▶ Ce diagnostic permet à l'équipe éducative d'identifier les priorités de travail et d'intervention.

▶ Parmi les nombreux chantiers identifiés : expliquer les sanctions, épauler les élèves afin qu'ils prennent davantage conscience de leurs potentialités.

confiance réduite en leurs compétences.

À partir de ce constat qui interpelle, le changement de posture qu'implique ABMA, c'est de se mettre au niveau de l'élève au lieu de plaquer systématiquement une réponse que l'on juge adaptée pour eux. Sensibiliser, dialoguer. Il y a aussi des changements à apporter à l'organisation de l'établissement, par exemple développer l'accès aux installations. C'est le cas du foyer socio-éducatif, qui comporte une salle de détente pour les élèves et dont les horaires d'accès ont été élargis. D'autres améliorations sont possibles, concernant l'état des sanitaires, les repas servis à la cantine. Le chef de cuisine va ainsi échanger avec les élèves pour adapter la restauration en préservant des critères diététiques incontournables. Il fait découvrir des goûts et des saveurs car les plateaux ne sont pas toujours consommés, ce qui génère un important gaspillage. Montrer aux élèves que l'on tient compte de leur opinion et de leur bien-être. Faire en sorte qu'ils se sentent mieux au sein du collège afin qu'ils soient davantage disponibles pour l'apprentissage et le vivre ensemble.

S. A. : **Quelle forme prend ce dialogue entre l'équipe pédagogique et les élèves ?**

O. M. et M. T. : Ce dialogue est institutionnalisé et régulier : nous organisons une à deux fois par trimestre une réunion puis un déjeuner de travail avec les vingt délégués d'élèves, l'ensemble de l'équipe y participe – vie scolaire, direction,

gestion –, cela permet d'échanger à bâtons rompus dans une ambiance conviviale. Ceci est possible car nous sommes un petit établissement – 235 élèves – et que le projet est historiquement et fortement porté par la conseillère principale d'éducation (CPE). La souplesse de l'organisation se conjugue avec la motivation d'un personnel stable, jeune et soudé. Les délégués apprécient ce moment d'échange, ils reçoivent l'ordre du jour avant la réunion, doivent consulter leur classe, puis ils lisent le compte rendu de cette réunion en classe afin que tous soient informés.

En direction des parents aussi nous avons instauré un dialogue depuis plusieurs années, nous basant sur le programme académique « mallette des parents » : outre les réunions d'information classiques, nous organisons pour les parents des temps de rencontre sur des thèmes comme « aider mon enfant à réussir ». On ne part pas du principe que les parents doivent recevoir une information dont le collège est détenteur, mais de leurs préoccupations. Tous les sujets peuvent être traités dans cet espace.

S. A. : **Quels sont les premiers résultats de cette consultation des élèves ?**

O. M. et M. T. : Concernant le questionnaire mis en place dans le cadre du programme ABMA, nous ne disposons pour l'instant que d'éléments provisoires car les résultats du questionnaire sont en cours d'exploitation, compte tenu du fait que nous disposons de moyens réduits. Néanmoins, l'un des principaux résultats est que les élèves ont le sentiment de pouvoir davantage exprimer leur opinion, voire d'être écoutés.

S. A. : **Concrètement, qu'allez-vous mettre en place au regard de ce constat ?**

O. M. et M. T. : Les résultats du questionnaire vont être présentés au personnel et nous allons élaborer ensemble les priorités à mettre en œuvre afin d'améliorer les points identifiés. En parallèle, les résultats vont être présentés aux élèves, puis aux parents lorsque nous aurons listé nos priorités opérationnelles. Ce pourrait être : rendre plus systématique la participation des élèves dans les diffé-

rentes instances de l'établissement, inscrire la démarche dans le projet d'établissement bien sûr, rendre plus transparent le fonctionnement du collège. Concernant les sanctions, la question que nous leur avons posée était simple : « Penses-tu que les sanctions sont justes ? ». Environ un tiers des élèves estime que ce n'est pas le cas. Or nous le savons, pour se sentir bien au collège au quotidien, les élèves doivent se sentir traités d'une manière équitable. Il nous faut donc mieux expliquer, adapter. Nous devons aussi travailler sur le sentiment de sécurité, car un tiers des élèves ne se sent pas forcément en sécurité, avec un pourcentage un peu plus élevé pour les 5^e. Enfin, une autre priorité sera d'évaluer l'ensemble de ces actions.

Propos recueillis par Yves Géry

1. Pour un diagnostic de la perception que les élèves ont de leur santé, voir l'article d'Emmanuelle Godeau dans ce même dossier central.

2. Voir aussi l'Atlas des usages de substances psychoactives 2010, publié en novembre 2013 par l'Inpes. Cet ouvrage propose une cartographie et une analyse des modes de consommation régionaux d'alcool, de tabac et de drogues illicites, avec un focus sur les pratiques des 15-30 ans. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2013/042-atlas-substances-psychoactives.asp#sthash.4c618dp6.dpuf>

Dans la Loire, un lycée expérimente le « mieux vivre ensemble »



© Xavier Schwab / Picturétank - Ministère de l'éducation nationale

Jean-Claude Rochigneux, enseignant, École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE), université Claude Bernard, Lyon1.
Mabrouk Nekka, infirmier conseiller technique, DSDEN de la Loire.

Le lycée Jacob-Holtzer de Firminy, dans la Loire, est constitué d'un lycée d'enseignement général scientifique et technologique de 520 élèves, d'un lycée professionnel industriel de 200 élèves et d'un internat

mixte. Cet établissement s'est engagé, depuis septembre 2012, dans l'expérimentation « ABMA » (voir encadré page 28), sous l'autorité du rectorat de Lyon et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Sollicité par l'infirmier conseiller technique de la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN), l'établissement a été immédiatement intéressé par le dispositif ABMA et le concept « d'école promotrice de santé ». En effet, si le climat scolaire de l'établissement était correct

dans l'ensemble (peu de bagarres, très peu de conseils de discipline par exemple), il avait été noté des formes de harcèlement (propos homophobes, menaces verbales, intimidations) entre élèves, principalement au lycée professionnel. Le projet de l'équipe de direction était aussi de redynamiser le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), et d'améliorer les conditions de vie au sein de l'établissement.

Certes l'équipe de départ était réduite (proviseur, conseillère principale d'éducation, assistante sociale et infirmière scolaire), mais elle s'est progressivement étoffée, en interne avec des professeurs

et des assistants d'éducation, et en externe avec des partenaires tels que les acteurs sociaux (Centre de planification familiale, le Crous, les pompiers de Firminy) et culturels (troupes de théâtre), ou des établissements scolaires de proximité (le Conseil écoles-collège a démarré en septembre dernier).

Le dispositif ABMA est ainsi inscrit dans le « projet établissement 2012-2015 », avec pour principal objectif la réussite des élèves dans une approche globale de promotion de la santé. Il est bien entendu articulé autour du « bien vivre ensemble », avec l'amélioration du cadre de vie et le développement de relations pacifiées.

État des lieux

Les références théoriques et conceptuelles « des écoles promotrices de santé » reposent sur une approche globale de la santé, considérant l'école comme lieu de vie influençant la santé de tous ceux qui la fréquentent. Elles ont été présentées à l'ensemble des personnels de l'établissement, aux élèves et aux parents, par le proviseur. Au-delà du contrat d'objectif, le dispositif ABMA a permis dès lors d'envisager des actions, en matière de la santé globale et de bien-être, touchant l'organisation, les contenus d'enseignements et la communication.

Pour la mise en place du dispositif ABMA, l'équipe a utilisé les outils proposés par le groupe de pilotage académique : un argumentaire, une feuille de route, une phase d'analyse et une méthodologie. Elle a ainsi réalisé un état des lieux sous la forme de questionnaires (équipe CESC et professeurs), d'observations et d'entretiens. Une synthèse a listé des pistes de travail qui ont permis la rédaction du projet d'établissement. Cependant, un manque de temps et des difficultés d'ordre méthodologique ont été des freins pour l'équipe, dus aux contraintes quotidiennes de gestion, couplées à l'entrée dans un projet expérimental nécessitant la mobilisation de nouvelles énergies.

Pacification des relations interpersonnelles

Après une phase importante de diagnostic des besoins du lycée, certains

axes de travail, en lien avec les directives proposées par l'expérimentation ABMA, ont été clairement définis, en particulier le développement de l'estime de soi, la lutte contre les discriminations et les relations interpersonnelles, prioritairement celles homme-femme. Les principaux bénéficiaires sont les élèves, l'équipe pédagogique et les autres membres de la communauté scolaire. Si les parents ne sont encore associés que partiellement au projet, il existe une volonté de les voir plus présents au cours des prochains mois.

Un calendrier a été élaboré et des actions planifiées. L'élaboration du dispositif ABMA rappelle que les stratégies de prévention en milieu scolaire ne sont efficaces que lorsque les actions s'inscrivent dans la durée, qu'elles impliquent l'ensemble de la communauté éducative, qu'elles sont liées aux contenus des programmes d'enseignement, et qu'elles développent les compétences psychosociales.

Partant de ces exigences, six types d'actions ont été retenues (temps, espace et lieux, relations interpersonnelles, communication, partenariat, développement des compétences psychosociales) autour de trois axes (fonctionnement et organisation de l'établissement, interventions à visée éducative et pédagogique, information).

Actions solidaires et citoyennes

De nombreuses actions sont ainsi inscrites dans le projet d'établissement, ayant pour objectifs principaux le développement de la culture humaniste, des compétences sociales et civiques, de la maîtrise des techniques de communication et enfin de l'autonomie et de l'esprit d'initiative. Ces actions sont corrélées à un partenariat diversifié et important, véritable levier à la réussite éducative. En voici quelques-unes conduites au lycée professionnel, lieu le plus « sensible » de la Cité scolaire.

Un programme autour de la mixité et de l'égalité homme-femme a été proposé pour lutter contre les discriminations, en lien avec l'éducation à la sexualité et les Sciences de la Vie

L'ESSENTIEL

- **Le lycée Jacob-Holtzer de Firminy développe un programme pour pacifier les relations dans l'établissement.**
- **Au menu : séances d'information-débat sur la mixité et l'égalité hommes-femmes, lutte contre les discriminations dans le cadre de l'éducation à la sexualité, déplacements au tribunal pour assister à des audiences, sensibilisation au devoir de mémoire.**

et de la Terre : visionnage et débat autour du film « La journée de la jupe », journée de la femme, Sidaction, etc. La capacité à vivre ensemble dans le respect mutuel constitue sans doute, plus que jamais, un socle indispensable pour la construction d'une vie affective libérée de toute pression ou de tout jugement.

Un travail a été entrepris sur la perception de la guerre d'Algérie, ici dans la vallée de l'Ondaine, en corrélation avec les professeurs d'Histoire, le Conseil de la vie étudiante, la Maison des lycéens et une étudiante de Master. Il a conduit à la réalisation de l'ouvrage *Devoir de mémoire dans l'Ondaine* et d'un film documentaire interrogeant l'ensemble des protagonistes de la guerre d'Algérie. L'objectif : développer une culture citoyenne et historique, sensibiliser au « devoir de mémoire » (sentiment d'appartenance au bassin minier d'origine). La culture humaniste permet ainsi aux élèves d'acquiescer tout à la fois le sens de la continuité et de la rupture, de l'identité et de l'altérité. Par ailleurs, au titre du développement de la citoyenneté, des élèves du lycée professionnel ont assisté à des audiences au tribunal, dans le cadre de la convention Éducation nationale/Police/Justice, avec comme principal partenaire le Conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance de Firminy. Il s'agit de mettre en place un véritable parcours civique de l'élève, constitué de valeurs, de savoirs, de pratiques et de comportements, dont le but est de favoriser une participation efficace et constructive à la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa liberté en pleine conscience des droits d'autrui, de refuser la violence.

Formation du personnel

Un projet sur le développement de l'estime de soi a été mené. Pour les personnels : formation dans le domaine du développement des compétences sociales et personnelles. Pour tous les élèves : organisation de débats avec les élèves (conduites addictives), de séances sur l'image de soi et des autres, à travers le théâtre et le club de musique. De plus, une formation Sauveteur secouriste du travail (SST) et une formation Prévention et secours civiques (PSC) sont proposées à toutes les classes de première Bac pro, ainsi que des actions anti-stress animées par des stagiaires (Ipsi), et une valorisation des pratiques sportives et de pleine nature menée avec l'Union nationale du sport scolaire. En effet, sans une estime de lui-même suffisante, peut-on penser qu'un élève puisse être dans une réussite scolaire durable ?

Autres actions, pour que les élèves se réapproprient les locaux : des bâtiments mieux reliés entre eux, un nouveau restaurant, un lieu chauffé accessible l'hiver pendant les récréations, davantage d'encadrement au foyer, une mise à disposition d'une salle de musculation dédiée à la pratique de l'exercice physique, la vente de produits sains et de boissons chaudes à la récréation, la participation des enseignants aux clubs, etc. Un travail a également été mené sur « l'identité lycée Jacob-Holtzer » (confection d'un char pour « La fête des noix » de Firminy) et sur « l'identité élève » (réalisation d'une exposition photographique de portraits d'élèves volontaires dans le hall de l'établissement).

Prévention du décrochage des élèves

Le décrochage scolaire n'a pas été oublié, notamment dans les filières textile et outillage : renforcement de l'encadrement dans la salle d'étude de l'internat, aménagement des emplois du temps (cours généraux le matin) pour faciliter les apprentissages, adaptation des horaires afin d'éviter l'attente au self, prise en charge des élèves en cas de retard ou d'absence d'un professeur, formation pour les enseignants sur la gestion des élèves ayant des problèmes de comportement. Toutes

ces actions s'inscrivent dans une démarche de réussite individuelle au sein d'un collectif aux valeurs partagées. La disponibilité de tous les personnels est une des conditions nécessaires à cette démarche.

À l'heure du bilan

Le bilan intermédiaire réalisé (questionnaires, observations, réunions) en juin 2013 indique que le climat scolaire (sentiment de sécurité) ainsi que le bien-être des élèves et des personnels ont été renforcés. De plus, le sentiment d'appartenance a été conforté de même que l'image de l'établissement, tant en interne qu'à l'externe. Par contre, encore peu de changements à noter aujourd'hui en ce qui concerne l'absentéisme des élèves et des personnels, certaines incivilités ou les résultats scolaires. Ce premier bilan mérite d'être analysé malgré le peu de recul. Tout d'abord, pour être efficace, le programme nécessite du temps : modifier le climat général d'un établissement, les comportements, tant individuels que collectifs, ne peut se faire en une seule année scolaire, comme le montrent certaines études^{1,2}. De plus, la taille de l'établissement, lequel inclut deux lycées, constitue un handicap conjoncturel. Enfin, il semble que si le chef d'établissement est très motivé par le projet ABMA, il reste encore à impliquer de manière durable tous les enseignants dans le cadre d'une dynamique communautaire, ainsi qu'à renforcer les liens Ecole/Familles. Il sera alors très intéressant de reparler de ce projet dans les années futures, pour vérifier si toutes les actions conduites sont perçues de manière globale par l'ensemble des acteurs...

1. Ministère de l'Éducation nationale. Guide « Agir sur le climat scolaire à l'école primaire ». Paris : MEN, 2013 : 53 p. En ligne : <http://eduscol.education.fr/cid73610/guide-sur-le-climat-scolaire.html>

2. Ministère de l'Éducation nationale. Charte de qualité de la médiation par les pairs pour les intervenants dans les écoles, collèges, lycées. Paris : MEN, 2013 : 10 p. En Ligne : <http://eduscol.education.fr/cid73610/guide-sur-le-climat-scolaire.html>

Promotion de la santé et développement durable dans les collèges en France et en Belgique

Virginie Tintinger,

directrice,
Comité départemental
d'éducation pour la santé
du Pas-de-Calais, Arras.

Philippe Lorenzo,

directeur,
Instance régionale
d'éducation pour la santé
de Picardie, Amiens.

Sandrine Broussouloux,

chargée d'expertise
scientifique en promotion
de la santé,
direction de l'animation
des territoires et des réseaux,
Inpes.

« École 21 » est un dispositif expérimenté depuis 2008, dans le cadre du programme européen Interreg IV (coopération entre régions frontalières de l'Union européenne). Concrètement, pendant quatre ans, une vingtaine d'établissements scolaires belges et français ont été accompagnés pour développer des projets associant les valeurs et les objectifs du développement durable et ceux de la promotion de la santé¹.

Le bien-être est au cœur du dispositif. Il concerne autant l'amélioration du cadre de vie que des relations interpersonnelles entre élèves, ainsi qu'entre les élèves et les enseignants. Le double ancrage d'« École 21 » conduit à l'élaboration de projets variés dans les différents établissements pilotes. Par exemple, la création d'un jardin potager est un projet que l'on retrouve dans plusieurs établissements. En effet, sa mise en œuvre permet de prendre en compte simultanément des objectifs de promotion de la santé et de développement durable ; la réalisation d'un tel projet dépendra fortement du contexte dans lequel évolue l'établissement.

Créer un jardin potager

Ainsi, un collège « École 21 » a confié aux élèves de sa classe de Segpa

(section d'enseignement général et professionnel adapté) le soin de créer un jardin potager biologique. Cette action a non seulement permis d'améliorer le cadre de vie du collège, mais a également participé à améliorer les relations entre élèves, puisque les élèves de Segpa ont été rejoints par quelques élèves internes avec lesquels ils n'avaient jusqu'alors quasiment aucun contact. À la rentrée suivante, il est envisagé de créer, à partir de cette expérience, un club de jardinage ouvert à tous les élèves.

Dans un autre collège, le projet consistait à créer un potager médiéval. Il a mobilisé différentes classes, ainsi que des enseignants de plusieurs disciplines dont les professeurs de mathématiques, d'histoire-géographie, d'arts plastiques entre autres. En effet, un jardin médiéval est géométrique. Il a donc fallu en dessiner les plans, retrouver l'utilisation des essences à planter. La création de ce jardin potager a fait travailler des élèves de différentes classes autour d'un projet commun, et a permis d'aborder les contenus disciplinaires (mathématiques par exemple), dans un contexte autre que la salle de classe.

Évaluer le dispositif

« École 21 » a fait l'objet d'une évaluation de processus, afin d'en analyser les conditions d'implantation. L'enjeu : identifier des éléments à partir desquels pérenniser le dispositif, alors même que le financement européen s'achevait. Un guide de mise en œuvre d'une « École 21 » sera publié. Sa diffusion est une des modalités de développe-

L'ESSENTIEL

■ **Le dispositif « École 21 » consiste à développer des actions de promotion de la santé et de développement durable dans les collèges.**

■ **Une vingtaine d'établissements français et belges l'ont expérimenté depuis 2008.**

■ **L'évaluation met en évidence deux points clés du dispositif : l'accompagnement méthodologique et l'implication du chef d'établissement.**

ment du dispositif, au-delà de la durée de l'expérimentation.

Sur le plan méthodologique, l'évaluation s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs, des questionnaires et sur l'analyse documentaire des différents écrits produits par les professionnels dans le cadre du dispositif (comptes rendus de réunions, présentations, etc.). Les personnes interrogées étaient des personnels des établissements (en général le chef de projet École 21), des personnels des Instances régionales d'éducation pour la santé (Ireps) et leurs homologues belges, qui ont accompagné les établissements.

Accompagner les collèges et les équipes

Les résultats de l'évaluation ont montré que l'accompagnement des établissements par les opérateurs constituait la clé de voûte sur laquelle le dispositif avait été mis en place.



© Jean Bardeleth / Pictureank - Ministère de l'éducation nationale

Financé par le Programme européen, cet accompagnement méthodologique a été confié aux Ireps. Il ne s'agissait pas pour les opérateurs de se substituer aux équipes internes des établissements, mais essentiellement d'apporter un conseil méthodologique sur la conduite de projet et sur la réalisation d'un état des lieux, première étape du dispositif « École 21 ».

Impliquer le chef d'établissement

Dans chaque établissement, une équipe « École 21 » a été identifiée. Il ressort de l'évaluation que l'implication du chef d'établissement est essentielle. C'est un point incontournable pour légitimer le projet dans l'établissement. Cependant, si l'accord du chef d'établissement est indispensable – cela permet en effet d'impulser une dynamique –, il est également nécessaire que le chef d'établissement puisse identifier des relais au sein de l'équipe éducative.

Créer un espace d'échanges

Le dispositif « École 21 » prévoyait également la mise en place d'outils de communication spécifiques – site Internet dédié et lettre électronique – afin

de créer un espace d'échanges entre les différentes équipes des établissements pilotes. L'évaluation a montré que ces outils ont été peu utilisés par les équipes éducatives et les opérateurs. Le plus souvent, les établissements ont choisi de créer leur propre rubrique « École 21 » sur leur site.

Pérenniser le dispositif

Pour conclure, l'implantation d'un dispositif de ce type repose sur plusieurs éléments-clés tels que l'adhésion du chef d'établissement et la nomination d'un référent « École 21 » au sein de l'établissement, ainsi que l'accompagnement méthodologique, en particulier pour réaliser la phase diagnostic préalable à la mise en place des actions. Les équipes ayant expérimenté le dispositif vont poursuivre la dynamique initiée au sein des établissements, bien que les financements européens ayant permis l'accompagnement par les Ireps se terminent. Un relais peut se faire, soit par l'Agence régionale de santé qui a la possibilité de financer un tel accompagnement, soit par l'Ireps, au titre des activités du pôle régional de compétences, dont l'accompagnement méthodologique constitue l'une des missions.

1. « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter ». (Charte d'Ottawa, OMS, 1986).

Pour en savoir plus

- Dangaix D. « École 21 », un moyen pour sensibiliser les collectivités territoriales. *La Santé de l'homme*, janvier-février 2011, n° 411 : p. 43-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-411.pdf>
- Broussouloux S. Développer l'écoute, le dialogue, le soutien aux élèves en difficulté. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2012, n° 419 : p. 48-49. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf>

Les sources d'information proposées dans cette rubrique s'inscrivent dans une approche globale de la promotion/éducation pour la santé en milieu scolaire. Dans un premier temps, les références proposées dressent un rapide état des lieux, accompagné d'articles de réflexion, sur la place actuelle de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé à l'école. Ensuite, des documents d'orientation et d'interventions pour la mise en place d'actions sont décrits. La place, le rôle et la formation des professionnels de l'Éducation nationale finalisent cette bibliographie. Une sélection de sites Internet de structures ressources clôture cette rubrique.

Les adresses des sites Internet ont été consultées et vérifiées le 13/02/2014.

À noter :

Ce dossier thématique fait particulièrement résonance avec trois précédents dossiers publiés dans *La Santé de l'homme* (ancien titre de la revue de l'Inpes, devenue *La Santé en action*) :

- Les professionnels de la santé et du social de l'Éducation nationale. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2011, n° 415 : p. 11-43. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-415.pdf>
- Éducation pour la santé à l'École : quelles compétences pour les professionnels ? *La Santé de l'homme*, mai-juin 2007, n° 407 : p. 17-36. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf>
- Éducation à la santé à l'École. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2000, n° 346 : p. 16-40. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/346.htm>

Sandra Kerzanet,
documentaliste
à l'Inpes.

LE CLIMAT SCOLAIRE

- Debarbieux É., Anton N., Astor R.A., Benbenishty R., Bisson-Vaivre C., Cohen J., et al. *Le « Climat scolaire »* :

définition, effets et conditions d'amélioration. Rapport au Comité scientifique de la Direction de l'enseignement scolaire. Paris : ministère de l'Éducation nationale. MEN-Dgesco/Observatoire international de la violence à l'école, 2012 : 25 p. En ligne : <http://www.cafepedagogique.net/lexpresso/Documents/docsjoint/ climat-scolaire2012.pdf>

- Debarbieux É. *À l'école des enfants heureux... enfin presque. Rapport de l'Observatoire international de la violence à l'école pour l'Unicef France.* Nice : OIVE, 2010 : 42 p. En ligne : http://www.unicef.fr/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011.pdf

- Hubert T. *Climat scolaire et violence dans les collèges publics perçus par les filles et les garçons. Note d'information*, 2012, n° 12.20 : 7 p. En ligne : http://cache.media.education.gouv.fr/file/2012/20/1/DEPP-NI-2012-20-Climat-scolaire-violence-colleges-publics-percus-filles-garcons_235201.pdf

- Janosz M., Bélanger J., Dagenais C., Bowen F., Abrami P., Cartier S.C., et al. *Aller plus loin, ensemble. Évaluation de la stratégie d'intervention Agir autrement. Synthèse du rapport final.* Montréal, Québec : Groupe de recherche sur les environnements scolaires, université de Montréal, 2010 : 102 p. En ligne : http://www.gres-umontreal.ca/download/rapport_fr-4mo.pdf

- Ministère de l'Éducation nationale (Dgesco/DMPLVMS). *Agir sur le climat scolaire à l'école primaire. Guide.* Paris : ministère de l'Éducation nationale, 2013 : 53 p. En ligne : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/69/6/GUIDE_CLIMAT_SCOLAIRE_PREMIER_DEGRE_269696.pdf

- Younès N., Debarbieux É., Jourdan D. *Le climat scolaire à l'école primaire : étude de l'influence des variables de milieu sur sa perception par les élèves de 6 à 8 ans.* *International Journal on Violence and School*, 2011, n° 12 : p. 112-133. En ligne : <http://www.ijvs.org/4-6053-Article.php?id=94&tarticle=0>

- Galand B., Carra C., Verhoeven M. dir. *Prévenir les violences à l'école.* Paris : Puf, coll. Apprendre, 2012 : 224 p.

PROMOTION DE LA SANTE À L'ÉCOLE : BILAN, ENJEUX ET DISPOSITIFS

- Guiet-Silvain J., Jourdan D., Parayre S., Simar C., Pizon F., Berger D. *Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale.* *Carrefours de l'éducation*, 2011, vol. 2, n° 32 : p. 105-127.

- Bride P. coord. *Éducation à la santé [dossier]. Les cahiers pédagogiques*, janvier 2012, Hors-série numérique, n° 24 : p. 1-112. En ligne : http://bu.univ-lorraine.fr/sites/bu.univ-lorraine.fr/files/revues_en_ligne/cahiers_pedagogiques-hs24-education_a_la_sante.pdf

- Azzorin J.-C. *Éducation à la santé à l'école, le chaînon manquant.* *La revue de santé scolaire et universitaire*, 2010, n° 6 : p.12-24.

- **Beaucher H.** *Le bien-être à l'école. Bibliographie.* Sèvres : Centre de ressources et d'ingénierie documentaires, 2012 : 48 p. En ligne : <http://www.ciep.fr/bibliographie/bibliographie-le-bien-etre-a-l-ecole.pdf>
- **Berger D., Simar C. dir., UNIRÉS.** *Éducation à la santé dans et hors l'école. Recherches et formations. Actes du 3^{ème} colloque national 2010.* Saint-Étienne : université Claude-Bernard : 2012 : 500 p. En ligne : http://plates-formes.iufm.fr/education-sante-prevention/IMG/pdf/Actes_colloque_UNIReS_2010.pdf
- **Bizzoni-Previeux C., Merini C., Jourdan D.** *Éducation à la santé en milieu scolaire : enquête franco-québécoise.* *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2012, n° 421 : p. 40-42. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-421.pdf>
- **Dangaix D.** *La place de l'éducation à la santé à l'École [entretien].* *La Santé de l'homme*, septembre 2012, n° 420 : p. 54. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-420.pdf>
- **Deroubaix J.** *La promotion de la santé à l'école au centre de deux logiques.* *Education Santé*, mars 2008, n° 232 : p.17-19. En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=999>
- **Ducros A., Folkmann M., Laurent-Beq A.** *La promotion de la santé en milieu scolaire : où en sommes-nous ? [dossier].* *Adosen*, 2010, n° 168 : p. 5-17.
- **Gassel M.** *L'éducation à la santé (volet 1). Dossier d'actualité veille et analyses*, décembre 2011, n° 69 : 18 p. En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=69&lang=fr>
- **Gassel M.** *Vers une école saine : éducation à la santé (volet 2). Dossier d'actualités et analyses*, septembre 2012, n° 77 : 18 p. En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA-Veille/77-septembre-2012.pdf>
- **Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir.** *La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).* Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>
- **Institut national de la santé et de la recherche médicale.** *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes.* Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 247 p. En ligne : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/42>
- **Larue R., Fortin J., Michard J.-L.** *École et santé : le pari de l'éducation.* Paris : Hachette, CNDP, coll. Ressources formation. Enjeux du système éducatif, 2000 : 158 p.
- **Leselbaum N.** *L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels.* *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2002, n° 362 : p. 30-31. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-362.pdf>
- **Manderscheid J.-C., Tones K., Green J.** *Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école.* *Revue française de pédagogie*, janvier-mars 1996, n° 114 : p.103-120. En ligne : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp_0556-7807_1996_num_114_1_1213
- **Markus J.** *La santé fait école, l'école fait la santé.* *Spectra*, juillet 2013, n° 99 : p. 2-3.
- **Mérini C., Jourdan D., Bizzoni-Previeux C. dir.** *L'éducation à la santé en milieu scolaire : un champ de pratique et de recherche en émergence [dossier].* *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, vol. 14, n° 2, 2011 : p. 3-121. En ligne : <http://www.erudit.org/revue/ncre/2011/v14/n2/>
- **Pommier J.** *L'école : un milieu de vie privilégié pour la promotion de la santé.* *Priorités santé*, 2011, n° 31 : p. 14-15.
- **St-Leger L., Young I., Blanchard C., Perry M.** *Promouvoir la santé à l'école. Des preuves à l'action.* Saint-Denis : IUHPE, 2010 : 14 p. En ligne : http://www.uhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_FR.pdf
- **Tang K.C., Nutbeam D., Aldinger C., St-Leger L., Bundy D., Hoffmann A.M. et al.** *Schools for health, education and development: a call for action.* *Health Promotion International*, 2008, vol. 24, n° 1 : p. 68-77. En ligne : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/1/68.full.pdf+html>
- **Tessier S.** *Éducation pour la santé et prévention. Grande Histoire et petite actualité scolaire.* *Informations sociales*, mai 2010, n° 161 : p. 142. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-5-page-22.htm>
- **Tubiana M.** *L'éducation pour la santé à l'école élémentaire, une nécessité.* *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2010, t. 194, n° 3 : p. 647-662. En ligne : <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2010.3.pdf>
- **Éduquer et prévenir : ce que fait l'école. [Dossier].** *Informations sociales*, septembre-octobre 2010, vol. 5, n° 161 : 139 p. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-5.htm>

STRATÉGIES ET MODALITÉS D'ACTION

- **Institut national de santé publique du Québec.** *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé.* Québec : INSPQ, 2009 : 229 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/958_RapAnaPIntEES.pdf
- **Bantuelle M., Demeulemeester R.** *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire.* Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels, 2003 : 134 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>
- **Broussouloux S., Houzelle-Marchal N.** *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet.* Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2006 : 139 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf>
- **De Bock C.** *Les cellules bien-être à l'école. [Dossier].* *Education santé*, novembre 2013, n° 294 : p. 2-7. En ligne : www.educationsante.be/es/telechargmt_pdf.php?pdf=../pdf/es294.pdf
- **De Bock C.** *Des cellules bien-être à l'école.* *Education santé*, mai 2011, n° 267 : p. 6-8. En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1367>

- Guevel M.R., Pommier J., Jourdan D. **Évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : implications pour la pratique.** *Global Health Promotion*, 2013, vol. 20, suppl. 2 : p. 13-19.
 - Huteau M.-E., Granier A., Arino A., Davy-Aubertin C., Benezis C., Stoebner-Delbarre A. **Un projet de prévention communautaire contre le tabac au collège.** *Revue de santé scolaire et universitaire*, mai 2012, vol. 3, n° 15 : p. 27-30.
 - Guinhouya B., Lemonnier J.-M., Loizon D. **et al. L'EPS et l'éps, on la joue collectif ! [dossier].** *Actions santé*, 2012, n° 177 : p. 5-15.
 - Loizon D. **Éducation physique et éducation à la santé : quels savoirs communs ?** *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 2011, vol. 14, n° 2 : p. 27-42. En ligne : <http://www.erudit.org/revue/ncre/2011/v14/n2/1008910ar.pdf>
 - Mamacier A., Ravary Y. **Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège.** Paris : La Documentation française, 2004 : 100 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/044000190/0000.pdf
 - Mérini C., Jourdan D., Victor P., Berger D., De Peretti C. **Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire.** Rennes : ENSP, 2004 : 204 p.
 - Mérini C., De Peretti C. **Partenariat externe et préventions en matière de substances psychoactives : Dans quelle position l'École met-elle ses partenaires ?** *Santé publique*, 2002, vol. 14, n° 2 : p. 147-164. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_022_0147
 - Mukoma W., Flisher A.J. **Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies.** *Health promotion international*, 2004, vol. 19, n° 3 : p. 357-368. En ligne : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/19/3/357.full.pdf+html>
 - Perrin-Escalon H., Hassoun J. **Adolescence et santé. Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés.** Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2004 : 114 p.
 - 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. Santé en action, 2011 : 188 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1347.pdf>
 - Steward Brown S. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what in the effectiveness of the health promoting schools approach?** Copenhagen: WHO regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2006 : 26 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf
 - Vuille J.-C., Schenkel M. **Social aqualization in the health of youth. The role of the school.** *European Journal of Public Health*, 2001, vol. 11, n° 3 : p. 287-293. En ligne : <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/11/3/287.full.pdf+html>
- ## ACTEURS DE LA PROMOTION / L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ À L'ÉCOLE
- Azorin J.-C., Fregeac B., Cuberes N., Dalifard S. **Les représentations du concept de santé des directeurs d'école.** *Revue de santé scolaire et universitaire*, 2012, vol. 3, n° 13 : p. 28-29.
 - Berger D., Nekaa M., Courty P. **Infirmiers Scolaires: Représentations et pratiques d'éducation à la santé.** *Santé publique*, 2009, vol. 21, n° 6 : p. 641-657. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_096_0641
 - Berger D., Pizon F., Bencharif L., Jourdan D. **Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes.** *Didaskalia*, 2009, n° 34 : p. 34-66. En ligne : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/30429/Didaskalia_2009_34_35.pdf?sequence=1
 - Dedieu L., Loizon D., Stallaerts-Simonot M., Berger D. **dir. Éducation à la santé : Enjeux et dispositifs à l'école. Actes du 2^{ème} colloque national du Réseau des IUFM pour la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives.** Paris, 19-20/03/2008. Toulouse : Éditions universitaires du Sud, coll. École et santé, 2010 : 604 p.
 - Pizon F., Jourdan D., Simar C., Berger D. **Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants.** *Travail et formation en éducation*, 2010, n° 6. En ligne : <http://tfe.revues.org/1327>
 - Salamon R., Vaysette P. **Faire de l'éducation à la santé à l'école. Entretien avec le Professeur Roger Salamon, président du HCSP.** *Réseaux, santé & territoire*, 2012, n° 46 : p. 20-21.
- ## FORMATION DES PROFESSIONNELS
- Berger D., Rogers C., Simar C. **Place et rôle de l'éducation à la santé dans la formation des enseignants.** *La Santé de l'homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 45-47. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>
 - Berger D., Jourdan D. **dir. Éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ?** Colloque organisé par la Mutuelle générale de l'Éducation nationale, Paris, 10-11/05/2006. Toulouse : éditions universitaires du Sud, coll. École et santé, 2007 : 346 p.
 - Berger D., Leselbaum N., Motta D., de Peretti C., et al. **Éducation à la santé. Rôle et formation des personnels de l'éducation [dossier].** *Recherche et formation*, 1998, n° 28 : p. 5-138. En ligne : <http://www.inrp.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR028.pdf>
 - Jourdan D. **dir., Collet É., Houzelle N. coord. Profédus. Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé [classeur].** Saint-Denis : Inpes, 2010. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils-profedus.asp>

• **Jourdan D. Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?** Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 162 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1272.pdf>

• **Pizon F., Jourdan D. Quelle formation en éducation pour la santé pour les enseignants ?** *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2005, n° 380 : p. 25-27. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-380.pdf>

STRUCTURES RESSOURCES ET SITES INTERNET

Adosen

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

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

Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire

Association dont l'objectif est « de regrouper tous ceux qui souhaitent participer à la prise de conscience du fait que la santé et le bien-être de l'enfant doivent devenir une priorité nationale de santé publique ». Son but est de constituer un réseau pour promouvoir la santé des jeunes de la maternelle à l'université, accompagner les parents dans leur recherche de solutions et soutenir les acteurs de terrain dans leurs missions. Elle souhaite aider ces derniers à mener des actions permettant de créer dans l'École un climat de confiance et de dialogue entre jeunes et adultes pour une réelle prise de conscience des problèmes de notre société.

L'association édite une revue : *Revue de santé scolaire et universitaire*, qui s'adresse aux médecins et aux infirmières scolaires, aux psychologues et aux assistantes sociales. Elle donne la parole à tous les acteurs participant à la promotion de la santé et de l'action sociale en milieu scolaire et universitaire.

En ligne : <http://www.afpssu.com/>

LE CLIMAT SCOLAIRE

Ministère de l'Éducation nationale

En ligne : <http://www.education.gouv.fr/>

ÉduSCOL

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

- informer les personnels sur les réformes en cours et répondre à leurs questions ;

- approfondir les enjeux des politiques suivies ;
- donner accès à des ressources nationales et académiques ;
- favoriser des échanges d'expériences et des débats entre acteurs du système éducatif.

On y trouvera en particulier, dans la rubrique « Vie scolaire et éducative », des documents et des informations concernant l'éducation à la sexualité, à la nutrition ou encore la prévention des dépendances.

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

Canopé (anciennement Scérén (CNDP-CRDP))

Canopé, le réseau de création et d'accompagnement pédagogiques. Sa mission est de répondre aux besoins des acteurs et des usagers du système éducatif en proposant un accueil, en offrant de la documentation, des éditions, des animations pédagogiques et de l'expertise en ingénierie éducative. Depuis avril 2014, le site Internet diffuse l'ensemble des offres de ressources pédagogiques et des outils en ligne gratuits ou payants.

En ligne : <http://reseau-canope.fr/presentation-nouvelles-offres/>

Site de Canopé (ex. Scérén (CNDP-CRDP))

Ce site participatif est destiné au corps enseignant. Il propose des pistes et des outils pour aider à diagnostiquer/évaluer le climat scolaire au sein de l'établissement et à agir pour son amélioration. Il met à disposition :

- des documents officiels et outils : circulaires, propositions de stratégies/démarches à mettre en place, etc. ;
- des ressources : résultats d'enquêtes, campagnes, etc. ;
- des exemples concrets : expérimentations des académies, etc. ;

- un guide PDF « Agir sur le climat scolaire à l'école primaire ».

En ligne : http://www.cndp.fr/climatscolaire/fileadmin/user_upload/outilspdf/GUIDE_CLIMAT_SCOLAIRE_PREMIER_DEGRE_269696.pdf

En ligne : <http://www.cndp.fr/climatscolaire/accueil.html>

« L'Observatoire national du suicide étayera une vraie politique de prévention »



Entretien avec le professeur Michel Debout, président de l'association Bien-être et Société.

La Santé en action :
Professeur Debout, comment la question du suicide et de sa prévention a-t-elle évolué depuis 1993 ?

Pr Michel Debout : Le rapport au Conseil économique et social de 1993 se concluait sur une série de préconisations, dont la création d'un Observatoire. Il signalait effectivement une réelle prise de conscience que le suicide constitue un vrai problème de santé publique. Mais il ne fut malheureusement pas suivi, ni suffisamment ni rapidement, par des actes.

Le premier Plan national du suicide, en 2000, sept ans plus tard, mené sous l'impulsion de la secrétaire d'État Dominique Gillot, a développé la formation au repérage de la crise suicidaire. Ce dispositif a permis d'améliorer la connaissance des mécanismes psychologiques du passage à l'acte suicidaire, et du repérage des personnes confrontées à la tentation du suicide. Mais il était insuffisant pour constituer une politique de prévention vraiment à la hauteur des enjeux.

La priorité, toutefois, ayant été accordée aux adolescents et aux jeunes, de nombreuses initiatives ont été

prises (création des Points écoute jeunes, de Maisons des adolescents, etc.), et des résultats positifs ont été enregistrés, avec la baisse de 900 à 500 du nombre de décès de mineurs par suicide.

S. A. : *Vous avez publié plusieurs ouvrages, dont le dernier, « Le Suicide. Un tabou français » [1], plaide pour une amélioration des données quantitatives et qualitatives sur le suicide, grâce à la création d'un Observatoire national. Pourquoi ?*

Pr M. D. : On ne peut bien prévenir que ce que l'on observe avec précision.

Il m'est apparu évident que pour disposer de données fiables, il fallait nous doter d'un outil d'observation scientifique à la fois pertinent et permanent : or, autant en termes de mortalité que de morbidité, nous manquons de chiffres disponibles et les statistiques ont longtemps été publiées avec un délai de trois ans. Par ailleurs, depuis septembre 2008, notre pays, comme de nombreux autres, est entré dans une crise économique et sociale d'une ampleur exceptionnelle, dont nous ne voyons toujours pas l'issue. En février 2009, lors de l'ouverture des Journées nationales de prévention du suicide, je me suis élevé contre l'absence de réflexion collective sur les conséquences humaines de cette crise. Et j'ai regretté que le retard des données épidémiologiques empêche d'obtenir, dans un délai raisonnable, une appréciation de l'évolution du nombre des suicides, indicateur précieux de l'effet de la crise sur la santé psychologique de la population. À ce titre, le manifeste que nous avons lancé dans *l'Express* et *Libération*, en avril 2011, avec Jean-Claude Delgène, pour la création de cet Observatoire, a été signé par des milliers de professionnels spécialisés et de citoyens.

S. A. : Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a installé, en septembre 2013, l'Observatoire national du suicide. Qui contribuera à son fonctionnement et avec quels moyens ?

Pr. M.D. : Durant des années, les gouvernants successifs sont restés peu favorables à l'idée de créer un Observatoire pour mieux connaître la réalité du phénomène suicidaire en France. J'ai d'ailleurs pu observer la même prudence dans les milieux professionnels spécialisés : nombre d'entre eux sont longtemps restés fermés à cette idée. L'Observatoire – et je m'en félicite – a été installé par la ministre, madame Marisol Touraine, qui en est la présidente, à la suite d'un décret interministériel en date du 9 septembre 2013 (sept ministères sont concernés), qui en précise la composition et les missions (voir encadré page 46, *ndlr*). Ses travaux s'inscrivent sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, ministère des Affaires

L'ESSENTIEL

■ **☒ L'année 2013 aura été une date anniversaire pour le professeur Michel Debout qui avait remis, en 1993, un rapport sur le suicide au Conseil économique et social.**

■ **☒ Ce document fit date, car il était le premier rapport officiel de la République sur ce sujet.**

■ **☒ Vingt ans après, *La Santé en action* fait le point sur la prévention du suicide en France avec l'un de ses pionniers les plus actifs.**

sociales), en lien avec l'Institut national de veille sanitaire (InVS). Il est composé de représentants des ministères concernés et de personnalités qualifiées, réparties au sein de groupes dédiés (épidémiologie, pratiques préventives, évaluation, etc.), qui se réunissent en plénière deux fois l'an. Leur rôle sera de faire le lien entre les attentes du terrain et les travaux ainsi que les préconisations de l'Observatoire.

S. A. : Alors que de nombreux organismes de santé publique traversent une crise de financement, une nouvelle structure dédiée au suicide était-elle nécessaire ?

Pr. M.D. : L'Observatoire du suicide n'a pas de budget propre, et sa création n'entraîne pas de dépenses sociales significatives. Au contraire, ses recherches ne pourront à terme qu'améliorer l'efficacité des programmes de prévention du suicide, facteur évident d'économies pour les budgets médico-sociaux.

S. A. : En matière de prévention du suicide, quelles sont selon vous les priorités aujourd'hui ?

Pr. M.D. : À mes yeux, il appartient à la société elle-même, aux acteurs, aux professionnels, de définir ces priorités d'action. C'est la raison pour laquelle j'ai lancé, à Lille, en octobre dernier, avec l'association Bien-être et Société, les premiers Ateliers de la prévention. Les réflexions alors menées par de nombreux acteurs partenaires ont abordé la question du suicide sous différents aspects (les jeunes et le suicide, le suicide et le chômage, travail et suicide, personnes âgées et suicide,

etc.), et ont formulé une série de préconisations transmises à l'Observatoire. Charge à lui de les intégrer dans le futur programme de prévention.

S. A. : Quelques mots sur ces préconisations ?

Pr. M.D. : Nous proposons que soient prioritairement menées des recherches scientifiques sur les conséquences sanitaires de la crise (impact sur la santé des chômeurs, des personnes licenciées, des précaires en termes de dépression/suicide, etc.) Et d'autre part, qu'une réflexion active soit développée sur le soutien aux familles de suicidés, et sur le lien qui doit être maintenu entre les personnels de santé des urgences et les suicidants ayant été hospitalisés après une tentative. Pour l'Observatoire, nous préconisons la création de deux sous-commissions, l'une consacrée à l'éthique (la fin de vie, le suicide médicalement assisté, etc.), l'autre au thème « suicide et travail », ouvertes à quelques experts et personnalités qualifiées. Ces deux sous-commissions n'existent pas pour l'instant.

S. A. : Il reste beaucoup à faire mais vous avez contribué en vingt ans, à inscrire le suicide comme vrai enjeu de santé publique, à créer les Journées nationales de prévention tous les 5 février, qui mobilisent acteurs associatifs et professionnels de santé, à obtenir la création de l'Observatoire : y-a-t-il d'autres combats à mener sur la question du suicide ?

Pr. M. D. : J'en vois au moins deux. Le premier, auquel j'ai déjà fait référence, est celui des effets de la crise économique et sociale sur la santé de la population. Les médias nous martèlent quotidiennement que cette crise est sans précédent, et les chiffres du chômage en attestent. Durant des années, après mon rapport pour le Conseil économique et social en 1993, j'ai été surpris et déçu que l'idée d'un Observatoire destiné à mieux connaître le suicide ne fasse pas l'unanimité : aujourd'hui, par exemple, nous mesurons mal les contrecoups humains de la crise de 2008.

La santé des personnes précaires, des chômeurs, etc., devrait aussi mobiliser davantage : il est surprenant, qu'aujourd'hui encore, les travaux de

recherche sur le lien entre chômage et dépression, ou perte d'emploi et suicide soient si peu nombreux.

Le second combat concerne ma spécialité, la médecine légale, et l'occasion manquée, lors de sa réforme de 2011, d'en reconnaître sa dimension de santé publique. Désormais, au sein des hôpitaux, le réseau des Instituts de médecine légale (IML), accueille quotidiennement le corps des personnes suicidées, mais aussi leurs proches endeuillés. Les médecins légistes et leurs équipes sont alors parmi les premiers interlocuteurs des personnes meurtries par un suicide. La qualité de leur accueil et de l'information qu'ils délivrent à la famille jouent un rôle déterminant. Ce réseau des IML pourrait constituer à lui seul un véritable « outil » de santé publique, une source d'information irremplaçable sur tous les aspects du phénomène suicidaire.

Pour autant, je reste confiant dans les travaux de l'Observatoire du suicide, points d'appui validés aux plans humain et scientifique, d'une future politique de prévention à la hauteur de l'enjeu. ■

**Propos recueillis par
Gérard Clavairoly,**
journaliste
et Alain Douiller,
directeur du Codes 84.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Debout M., Clavairoly G. *Le suicide. Un tabou français*. Paris : éditions Pascal, 2013 : 192 p.

PRÉVENTION DES SUICIDES : UNE POLITIQUE PUBLIQUE MISE EN PLACE À PARTIR DES ANNÉES 1990

Suite à la reconnaissance du suicide comme problème de santé publique dans le courant des années 1990, une politique publique spécifique de prévention a été mise en place. Après un plan prospectif initié en 1998, le ministère de la Santé a lancé, en 2000, une première « Stratégie nationale d'actions face au suicide », qui a permis de « *mettre en place les premiers jalons de la prévention : formation et mise en réseau des professionnels, limitation de l'accès à certains moyens létaux, développement de la prise en charge médicale et du suivi des personnes, notamment en pédopsychiatrie.* »

La stratégie s'est articulée autour de quatre axes prioritaires d'intervention : favoriser le dépistage de la crise suicidaire, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge des suicidants et approfondir la connaissance épidémiologique. La prolongation des actions de la Stratégie 2000-2005 a été inscrite dans l'axe 4.1 « Dépression et suicide » du Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Un comité de pilotage, présidé par David Le Breton, sociologue à l'université Marc Bloch de Strasbourg, a ensuite été installé pour travailler à une approche globale de la question du suicide : de la prévention à la prise en charge des suicidants et à la postvention. C'est sur la base du rapport de ce comité de pilotage que le « Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 » a été élaboré. Ce Programme, qui fait une large place à la prévention, « *aborde la question du suicide dans sa globalité. Il définit les actions à mener dans le champ de la prévention et de l'amélioration de la prise en charge des suicidants et, le cas échéant, l'accompagnement de leur entourage (« postvention »).* ». Il comporte quarante-neuf mesures regroupées en six axes : le développement de la pré-

vention et de la postvention, l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage, l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide, la formation des professionnels, le développement des études et de la recherche, l'animation du programme au niveau local.

Mise en place de l'Observatoire

Trois ans plus tard, le décret (809) du 9 septembre 2013 crée un Observatoire national du suicide, auprès du ministre chargé de la Santé. Il définit ses missions et sa composition. L'Observatoire national du suicide est « indépendant et pluridisciplinaire ». Il a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide, de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est composé de parlementaires, des directeurs des principales administrations centrales et opérateurs concernés, d'experts, de chercheurs, de professionnels de santé et de représentants des associations. L'Observatoire élaborera, chaque année, un rapport qu'il rendra public.

Les missions de l'Observatoire sont les suivantes :

- coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide ;
- développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention ;
- promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ;
- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide ;
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

Yves Géry

Les consommations de médicaments psychotropes en France

François Beck, responsable du département enquêtes et analyses statistiques, Inpes,
Romain Guignard, chargé d'études et de recherches, Inpes,
Claudie Haxaire, anthropologue, faculté de médecine de Brest, Labers ; Cermes3, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité/CNRS/Inserm/EHESS.
Philippe Le Moigne, sociologue, Cermes3, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité/CNRS/Inserm/EHESS.

Les médicaments psychotropes agissent sur l'activité psychique. Ils peuvent être pris pour soulager une souffrance psychique, trouver le sommeil et parfois aussi dans une recherche d'état modifié de conscience, en lien ou non avec d'autres produits (alcool, drogues illicites, etc.). Ils peuvent entraîner des perturbations de la vigilance et une dépendance [1]. La prescription, lorsqu'elle existe, peut ne pas être suivie, ou seulement partiellement. C'est là l'une des limites rencontrées par les études basées sur l'analyse des données de Sécurité sociale, qui enregistrent uniquement le volume des prescriptions.

La France est identifiée comme un pays où le recours aux médicaments psychotropes est fréquent, voire excessif [2]. Les données les plus récentes, recueillies entre 2002 et 2009, montrent que la Belgique arrive largement en tête des pays consommateurs en Europe, la France détenant la 4^{ème} position [1].

Le *Baromètre santé* de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), par son rythme quinquennal, permet d'observer l'évolution des usages des grandes catégories de médicaments psychotropes en population générale, mais également d'étudier les facteurs associés à ces pratiques en les croisant avec des indicateurs sociodémographiques, géographiques et comportementaux.

Niveaux d'usage et évolutions récentes

Selon l'âge et le sexe

Des données des enquêtes déclaratives, il ressort que le nombre d'expérimentateurs de médicaments psychotropes¹ en France est estimé à 16 millions parmi les 11-75 ans. En 2010, 35,1 % des 15-85 ans déclarent avoir pris au moins une fois, au cours de leur vie, un médicament psychotrope, et 17,8 % en avoir consommé au cours des douze derniers mois. Les femmes en consomment davantage (42,4 % au cours de la vie et 22,1 % au cours de l'année) que les hommes (respectivement 27,1 % et 13,1 %). Cette tendance doit être resituée dans une consommation de soins plus fréquente parmi les femmes, liée en particulier à des problèmes dits de souffrance psychique, réels ou identifiés comme tels par les patientes ou leurs praticiens [4]. En effet, l'attribution de problèmes psychiques, ou la requalification de problèmes liés aux conditions de vie ou aux relations professionnelles et familiales dans les termes d'une difficulté psychique, est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. De la

L'ESSENTIEL

▣ 16 millions parmi les 11-75 ans ont déjà pris des médicaments psychotropes en France.

▣ Les plus consommés sont les anxiolytiques, devant les hypnotiques et les antidépresseurs.

▣ Ce sont les cadres qui en consomment le moins, les ouvriers et les employés qui en consomment le plus.

La prise de médicaments psychotropes peut accompagner la prise en charge de pathologies somatiques ou de difficultés socio-professionnelles de tous ordres, et des ruptures conjugales ou familiales.

sorte, on ne peut pas parler d'une surreposition objective des femmes aux troubles psychiques, en dépit de leur surconsommation de ces produits [5].

Parmi les 15-75 ans, l'usage de médicaments psychotropes au cours de la vie s'est révélé stable entre 2005 et 2010, mais l'usage dans l'année est apparu en hausse, passant de 14,5 % en 2005 à 17,6 % en 2010 sur cette même tranche d'âge. Cette hausse se retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Selon la classe de médicaments

Les médicaments psychotropes les plus consommés, au cours de l'année, sont les anxiolytiques (10,0 %), suivis par les hypnotiques (6,1 %) et les antidépresseurs (6,0 %). Le niveau de consommation de thymorégulateurs (0,7 %) et celui des neuroleptiques (0,8 %) se révèlent nettement inférieurs. Après avoir nettement augmenté à la

fin des années 1990, le niveau d'usage d'antidépresseurs est resté stable entre 2005 et 2010 parmi les 15-75 ans. En revanche, le niveau d'usage de la catégorie regroupant les anxiolytiques et les hypnotiques a augmenté de façon significative entre 2005 (11,9 %) et 2010 (14,2 %). Globalement, les consommations de toutes les classes de médicaments augmentent avec l'âge, puis diminuent ou se stabilisent au-delà de la tranche 55-64 ans. Toutefois, les consommations chroniques sont beaucoup plus marquées au sein de la population âgée, même si elles ne concernent qu'une partie de cette population.

Concernant la répartition du nombre de remboursements par personne et par année, les antidépresseurs apparaissent comme les médicaments à l'origine du plus grand nombre de remboursements. L'introduction, à la fin des années 1990, des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), catégorie d'antidépresseurs présentant moins d'effets secondaires, a favorisé leur utilisation massive, notamment en médecine générale [6]. Ils représentent désormais environ le tiers des prescriptions de médicaments psychotropes [7].

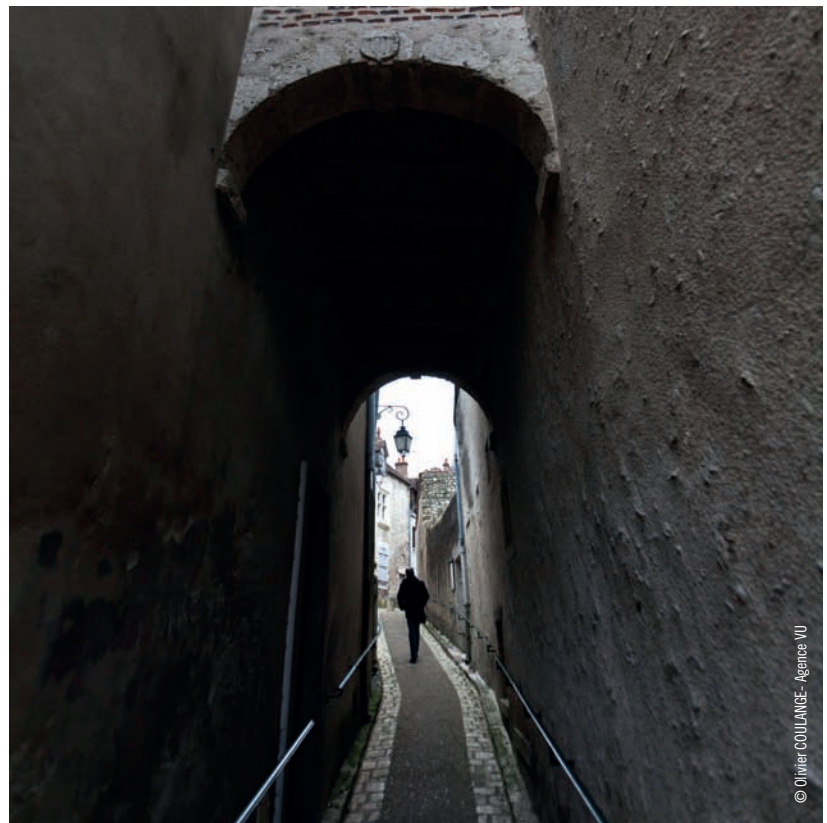
Selon les catégories socio-professionnelles et le statut d'activité

Les cadres consomment légèrement moins de médicaments psychotropes que les autres professions, tandis que les ouvriers, les employés et les professions intermédiaires sont ceux qui en consomment le plus.

On observe une augmentation significative du recours aux médicaments psychotropes au sein de la population active occupée (16,7 % en 2010 *versus* 13,8 % en 2005), alors qu'il est resté stable parmi les chômeurs (17,4 % en 2010). Cette évolution pourrait être attribuée à une dégradation des conditions de travail parmi les actifs occupés, près d'un quart des individus déclarant une telle dégradation ayant consommé des médicaments psychotropes dans l'année, contre seulement 14,4 % de ceux n'ayant pas exprimé une telle plainte.

Quelques éléments de conclusion

Que ce soit en population adulte ou adolescente, les études menées depuis



© Olivier COLLANGE - Agence VU

les années 1990 concordent toutes pour situer la France comme l'un des pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes, en particulier pour les classes des anxiolytiques et des hypnotiques, tandis que pour les antidépresseurs, la situation paraît moins claire, les données disponibles étant parfois contradictoires [8].

Il convient de rappeler les limites relatives aux données déclaratives dans ce domaine d'étude, au premier rang desquelles figurent les biais de mémoire concernant le nom des médicaments (ceux-ci étant recodés *a posteriori*) et la connaissance de la classe réelle du médicament le cas échéant. Le questionnaire du *Baromètre santé 2010* ne permet pas d'avancer d'hypothèse sur le contexte ou les motivations de l'usage, ni a fortiori du mésusage, du médicament psychotrope. D'autres travaux, notamment ceux menés en milieu de travail, ont montré qu'au-delà du soulagement de la souffrance psychique, une proportion importante d'usages relève de la recherche d'une amélioration de la performance [9]. Des travaux menés à partir d'entretiens longs ont montré que les motivations sont parfois complexes, difficiles à exprimer et relèvent souvent d'une volonté de « rester dans la course, rester à flots » [3].

Les études épidémiologiques ayant

comparé les prescriptions des médecins généralistes – qui sont dans plus de 80 % des cas les prescripteurs [10] – au diagnostic psychiatrique de leurs patients, ont montré d'importants décalages entre les pratiques et les recommandations sanitaires. Ces décalages peuvent être attribués en grande part à l'interaction du médecin et du patient, et à l'effet que peuvent y exercer les représentations du mal-être, de l'inaptitude ou de la souffrance, au-delà des critères retenus par la psychiatrie en vue de qualifier un trouble psychique [11, 12].

Des travaux sur les consommateurs d'antidépresseurs ont, par exemple, montré que seulement 54 % des consommateurs avaient reçu une prescription conforme à l'autorisation de mise sur le marché [13]. Une étude [14] portant sur le savoir pratique de médecins généralistes a souligné que, démunis face à la souffrance psychique, et, jusque récemment, non formés à l'écoute et à la communication, ces médecins répondent par la prescription de psychotropes lorsqu'il s'agit de prendre soin de ces patients en souffrance. Cela explique en partie le décalage entre prévalence de la dépression et prescription d'antidépresseurs [12]. À ce titre, la prescription des benzodiazépines et des antidépresseurs peut accompagner, même s'il est difficile d'en

mesurer l'ampleur, la prise en charge des difficultés socio-professionnelles de tous ordres et des ruptures conjugales ou familiales [5].

D'autres études avaient montré que des symptômes, des états morbides mal définis et des maladies somatiques étaient à l'origine de près de la moitié des prescriptions de médicaments psychotropes [15]. L'étude des indications met en avant l'accompagnement du vieillissement, ainsi que la prévention ou la gestion des pathologies cardiovasculaires et rhumatismales.

Le niveau élevé de la consommation des médicaments psychotropes en

France peut, dans certains cas, être générateur de facteurs de risque, notamment associés à une consommation inappropriée. Mais la diffusion de cet usage doit aussi être mise au compte des bénéfices que les consommateurs et les prescripteurs y associent, non seulement pour la prise en charge des pathologies, mais également dans la gestion de « la qualité de vie » et le maintien d'un certain « bien-être », notamment devant les événements ou une situation de vie contraignante [16]. C'est pourquoi la question de l'usage approprié ou non des médicaments psychotropes s'avère particulièrement

complexe à résoudre. Leur apport est considérable en termes thérapeutiques, notamment dans le traitement des troubles psychiques sévères, et leur usage (maîtrisé et associé à d'autres recours) n'a pas nécessairement à être condamné lorsqu'il s'applique à des troubles moins importants, au regard des catégories de la psychiatrie.

1. Selon leur réponse à la question « Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs ? ». Cette formulation a été inspirée par les travaux ethnologiques de Claudie Haxaire sur les consommations de médicaments psychotropes et l'automédication [5].

DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTES CLASSES DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Anxiolytiques : médicaments destinés à réduire l'anxiété. Il peut s'agir de benzodiazépines, qui ont également un effet sédatif et myorelaxant. Les durées d'actions sont variables selon la molécule, et la dépendance peut survenir rapidement avec un niveau de tolérance parfois élevé et s'installant plus ou moins rapidement.

Hypnotiques : médicaments destinés à lutter contre les troubles du sommeil. Il peut s'agir de benzodiazépines à durée d'action courte, qui ont également un effet anxiolytique.

Antidépresseurs : médicaments destinés à réduire l'effet des épisodes dépressifs. Certains d'entre eux peuvent également diminuer l'intensité des troubles anxieux.

Thymorégulateurs : médicaments destinés à réguler l'humeur, en particulier dans des pathologies comme les psychoses maniaco-dépressives ou les troubles bipolaires. Il s'agit principalement du lithium et des sels de lithium. Les thymorégulateurs peuvent être prescrits pour de longues périodes, comme traitement de fond.

Neuroleptiques (ou antipsychotiques) : médicaments destinés à réduire ou atténuer les manifestations des psychoses, notamment la schizophrénie. Ils peuvent avoir diverses actions (antidélirante, désinhibitrice, sédatrice, etc.).

Les médicaments présents sur le marché peuvent avoir chacun plusieurs des effets décrits ci-dessus.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Inserm. *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2012 : 586 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000039/0000.pdf>

[2] Legrain M. *Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Solidarité, 1990 : 145 p.

[3] Haxaire C. Calmer les nerfs : Automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences sociales et santé*, 2002, vol. 20, n° 1 : p. 63-88.

[4] Beck F, Maillolochon F. Genre, santé et soins. In : Bimes-Arbus S., Czernichow P., Simeoni M.-C., Carricaburu D., Dartigues J.-F., Le Coz P., et al. *UE 7 Santé, Société, Humanité, Cours*. Paris : Elsevier-Masson, 2012 : p. 559-567.

[5] Le Moigne P. La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? *Déviance et société*, 2003, vol. 27, n° 3 : p. 285-296.

[6] Ehrenberg A., Lovell A.-M. dir. *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris : Odile Jacob, 2001 : 311 p.

[7] Lepine J.-P., Gasquet I. Usage des psychotropes en France : évolution temporelle et comparaison avec les pays européens proches. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, 2006, vol. 190, n° 6 : p. 1139-1145. En ligne : <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2006.6.pdf>

[8] Kovess V. The state of mental health in the european union. European Commission, Luxembourg, 2004 : p. 79.

[9] Ngoundo-Mbongue T.B., Niezborala M., Sulem P., Briant-Vincens D., Bancarel Y., Jansou P., et al. Psychoactive drug consumption: Performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoeconomics and drug safety*, 2005, vol. 14, n° 2 : p. 81-89.

[10] Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., Allemand H., et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. *Revue médicale de l'Assurance maladie*, 2003, vol. 34, n° 2 : p. 75-84. En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/Rmam/2003/2/75.pdf>

[11] Le Moigne P. *Anxiolytiques, hypnotiques. Les facteurs sociaux de la consommation. Documents de synthèse du Groupement de recherche « Psychotropes, Politique et Société »*. Paris : CNRS, 1999, n° 1 : 41 p. En ligne : <http://cesames.org/Documents%20CESAMES/LeMoigne.pdf>

[12] Haxaire C., Genest P., Bail P. Pratique et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. In : Bloy G., Schweyer F.-X. dir. *Singuliers Généralistes*. Rennes : Presses de l'ENSP, 2010 : p. 133-144.

[13] Olié J.-P., El Omari F., Spadone C., Lépine J.-P. Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française. *L'Encéphale*, 2002, vol. 28, n° 5 : p. 411-417.

[14] Haxaire C., Genest P., Bodénez P., Noubissi-Nana C., Bail P. Entre le « psy » et l'assistante sociale : où mène la prescription d'antidépresseurs en médecine générale quand la souffrance se fait sociale ? In : Collin J., Otero M., Monnais L. dir. *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*. Montréal : Presse de l'Université du Québec, coll. Problèmes sociaux et interventions sociales, 2006 : p. 197-219.

[15] Facy, F., Casadebaig F., Thurin J.-M., Widlocher D. *Consommation de psychotropes et morbidité en population générale : Indicateurs de santé mentale. Analyse seconde des données de l'enquête Insee-Credes sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*. Paris : La Documentation française, 1998 : 218 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/994001384/0000.pdf>

[16] Le Moigne P., Velpy L. Le regard des sciences sociales. In : Briot M. dir. *Le bon usage des médicaments psychotropes*. Paris : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006 : p. 147-173.



Animer des parcours de santé pour les personnes âgées

Bruno Leloutre

Ce guide pratique est destiné aux personnes amenées à dispenser des formations « parcours de santé » relatives à l'activité physique, via la pratique de la gymnastique, et notamment aux animateurs d'établissements d'hébergement des sujets âgés. Après un bref rappel théorique sur les caractéristiques générales de la personne âgée (données physiologiques, psychologiques), ce manuel présente l'activité gymnastique « parcours santé », une discipline douce mise au point spécifiquement pour les personnes âgées par l'auteur (éducateur sportif en Ephad). Les chapitres qui suivent sont consacrés aux techniques d'élaboration de séance : exemples de séances types, présentation des jeux possibles et déroulé de dix-sept séances composées de quatre exercices chacune.

Laetitia Haroutunian

Paris : Dunod, coll. Outils santé social, 2013, 120 p., 22 €

La construction identitaire des jeunes

Sous la direction de Nicole Gallant et Annie Pilote

Cet ouvrage est en partie le fruit d'un colloque scientifique, *L'identité sur mesure : jeunesse et construction identitaire*, qui s'est tenu en 2009, à Ontario au Canada. Son objectif est d'analyser, sous des angles divers et croisés, les processus de construction identitaire des jeunes, en particulier au Canada. À partir d'études et d'enquêtes, les auteurs exposent les différentes modalités de construction des jeunes dans des sphères significatives : l'école, le quartier, le monde professionnel et la vie personnelle. Un premier chapitre porte spécifiquement sur la France et ses quartiers de banlieues. Les chapitres suivants font référence à des expériences canadiennes.

Sandra Kerzanet

Québec : Les Presses de l'Université de Laval, coll. Regard sur... 235 p., 20 €



Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé

Didier Tabuteau



Didier Tabuteau, responsable de la Chaire santé à Sciences Po Paris, analyse le système de soins, de prévention, et de protection sociale français, en examinant quelques questions politiques à travers le prisme de la santé et de sa protection. Des « officiers de santé » à l'apparition de l'hygiénisme, de l'origine de la territorialisation de l'action de l'État en matière de santé au « dogme de la concurrence » dans le système de soins, l'auteur rappelle les étapes historiques de l'édification du système de santé français et met en évidence les oppositions qui ont marqué sa genèse : « défense de la propriété privée contre doctrines hygiénistes, primauté de la prévoyance individuelle contre création des assurances sociales, individualisme médical contre services publics de santé ». Dans le contexte d'une crise économique exceptionnelle, ce sont les contours d'une réforme qui s'appuie sur un « contrat sanitaire, composante essentielle du contrat social » que décrit l'auteur.

Olivier Delmer

Paris : Odile Jacob, 2013, 290 p., 23,90 €



Santé et parentalité : l'approche des villes

Réseau des villes-santé de l'OMS

Cet ouvrage est issu d'un groupe de travail mis en place par la ville de Villeurbanne autour des questions d'accompagnement à la parentalité, et notamment du colloque « Villes parentalité et santé, un nouvel enjeu de transversalité des politiques locales », qui s'est tenu en octobre 2012. L'ouvrage est conçu comme un guide pratique permettant aux collectivités locales et aux acteurs de terrain de mettre en place un projet d'accompagnement à la parentalité. Il est formé de cinq chapitres, chacun accompagné de fiches descriptives d'exemples d'action menées par les villes. Après la présentation des aspects théoriques de la notion de parentalité (définitions, historique des mutations familiales en France, lien entre parentalité et santé), l'ouvrage expose le cadre réglementaire et politique de la parentalité en France (dispositifs mis en place par l'État, présentation des acteurs). Le document présente ensuite les partenaires des collectivités locales, ainsi que le champ d'actions de celles-ci : le champ de la santé, celui de la famille, et le champ éducatif. Le rôle clé des collectivités sur ces thématiques est analysé. L'ouvrage présente les résultats d'une enquête menée par le réseau des villes-santé de l'OMS et se conclut sur la présentation d'une méthodologie de mise en place de projets d'accompagnement à la parentalité.

L. H.

Rennes : Presses de l'EHESP, 2013, 80 p., 15 €

Vieillir... et alors ?

Bien vivre son âge, c'est précisément ce que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et les régimes de retraite proposent aux jeunes seniors à travers cette brochure qui s'inscrit dans leur mission de prévention et de promotion de la santé. Le guide de 40 pages apporte informations, conseils, paroles d'experts et autant de ressources utiles pour permettre aux lecteurs de tout savoir sur :

- bien manger et bouger, et rester en forme ;
- penser à soi, mais aussi partager et rester connectés ;
- être acteur de sa santé.



Le désir et le plaisir constituant le fil conducteur de la brochure, c'est en suivant quelques seniors dans leur quotidien que le lecteur découvre les clés essentielles de l'avancée en âge. L'Inpes s'est appuyé sur des conseillers scientifiques pour élaborer les contenus destinés à renforcer les aptitudes individuelles de protection de l'autonomie, et ce avec une vision large des déterminants de santé.

Le concept éditorial repose sur une approche transversale du Bien vieillir qui met en scène les interactions entre les comportements protecteurs et les liens entre l'individu et son environnement.

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr [Espaces thématiques > Vieillir en bonne santé > La communication avec les aînés] pour télécharger la brochure ou la commander gratuitement.

équilibres

www.inpes.sante.fr
inpes

Tous les mois, recevez Équilibres, la newsletter de l'Inpes.

- ➔ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...
- ➔ Un panorama riche en informations et en initiatives.
- ➔ *Équilibres* s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr

fnes
Fédération Nationale
d'Éducation et
de promotion de la Santé

Université d'été en SANTÉ PUBLIQUE francophone 11^{ème}



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 11^{ème} Université d'été francophone en santé publique.

Elle se déroulera à Besançon, du 30 juin au 4 juillet 2014.

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 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 dont 6 nouveaux par rapport à l'édition précédente :

- Promouvoir la santé dès la petite enfance : développer des actions d'accompagnement à la parentalité
- Avancer en âge et promotion de la santé
- Offre de 1^{er} recours et territoire de proximité : place de la santé publique et de ses acteurs

En collaboration avec :

- L'École de Santé publique, Faculté de médecine, Nancy-Université
- L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne
- L'École des hautes études en santé publique (EHESP)

- Actions probantes en promotion de la santé : comment les identifier et les transférer ?
- Santé, environnement et territoires : leviers pour la promotion de la santé
- Santé mentale : quels enjeux, quelles perspectives, quelles approches ?

Par ailleurs, d'autres enseignements ont été totalement renouvelés en fonction de l'actualité.

Des temps conviviaux, des débats, des stands de diverses institutions ou associations...seront organisés tout au long de la semaine pour faciliter les échanges entre les 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.

Renseignements ou inscription

Lara DESTAING
Courriel : lara.destaing@univ-fcomte.fr
Tél. : 03 81 66 55 75

Université d'été francophone en santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie
19 rue Ambroise Paré - CS 71806
25030 Besançon cedex

Site : www.ars.sante.fr/Univete.96210.0.html

Programme téléchargeable sur : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2014/012-besancon-2014.asp>

Besançon
du 30 juin au 4 juillet 2014

nouveaux modules

