

LA Santé

de l'homme



S'informer, se documenter en
éducation et promotion de la santé

J.-P. Tassin :

« L'absence de sécurité
favorise l'addiction »

**Consultations jeunes
consommateurs
de drogues**

**Les médecins
généralistes** face à la
souffrance des patients

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

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

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

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

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

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

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

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0711B06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 4^e trimestre 2010.
Tirage : 5 000 exemplaires.

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



Tous les deux mois

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

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

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

Rédigée par des professionnels

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

52 pages d'analyses et de témoignages

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet

À partir du n° 405 (janvier-février 2010), tout nouveau numéro publié est désormais intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

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



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

► QUALITÉ DE VIE

« L'absence de sécurité, un facteur favorisant l'addiction aux drogues »
Entretien avec Jean-Pol Tassin 4

► ENQUÊTE

« Consultations jeunes consommateurs » : accueillir, informer, prendre en charge, orienter
Ivana Obradovic 6

« Accompagner les jeunes, s'il le faut leur ouvrir l'accès à une thérapie »
Entretien avec Jean-Pierre Couteron 9

Dossier

S'informer, se documenter en éducation et promotion de la santé

Introduction

Céline Deroche et al. 11

Stratégies d'information et enjeux de santé publique

Promotion de la santé : état des lieux de l'information en France
Céline Deroche 12

« Apporter au citoyen les clés pour comprendre l'information sur la santé et la prévention »
Entretien avec Tim Greacen 15

« Le lobbying de santé publique est une nécessité face aux producteurs d'alcool »
Entretien avec Michel Craplet 17

« Face au lobby du tabac, délivrer une information de santé publique crédible et vérifiée scientifiquement »
Entretien avec Gérard Dubois 19

Internet : un rôle croissant dans l'information et l'intervention en santé publique
Joëlle Kivits 21

Circulation des connaissances entre chercheurs, communicants et professionnels de la santé : une expérience canadienne

Lise Renaud, Jérôme Elissalde, Judith Gaudet, Sylvie Louise Desrochers 24

Au Canada, des centres de collaboration nationale en santé publique pour rendre accessibles les connaissances

François Benoît, Mylène Maguire 27

Les ressources incontournables en promotion de la santé

Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé : une fonction documentaire
Catherine Gerhart 30

Cerfep : un centre de ressources et de formation à l'éducation du patient
Murielle Deroo 31

Fnes : un travail en réseau sur les ressources documentaires
Nathalie Cornec 32

Nord-Pas-de-Calais : un site Internet et un réseau documentaire en promotion de la santé
Benoît Dejonghe 32

Pédagothèque : une base nationale d'analyse des outils pédagogiques
Marie-José Moquet 33

Belgique : une base de données spécialisée en outils pédagogiques « santé »
Pierre Baldewyns 33

Une base d'outils pédagogiques d'intervention en éducation pour la santé
Nathalie Cornec 34

Région Bourgogne : un centre de ressources et de recherche en information et documentation
Sabrina Deschamps 34

Banque de données en santé publique : un réseau d'information sur la santé publique
Marie-Édith Vignon 35

CISMeF : un catalogue et index des sites médicaux de langue française
Gaëtan Kerdelhué 36

Mode d'emploi pour trouver une information fiable sur Internet
Sandra Kerzanet 37

Pour en savoir plus
Laurence Auvray, Olivier Delmer, Laetitia Haroutunian 38

► SANTÉ À L'ÉCOLE

Seine-et-Marne : des « ateliers de midi » pour améliorer le climat en collège et lycée
Entretien avec Valérie Monfollet 40

► ÉDUCATION DU PATIENT

En Isère, une expérience de suivi téléphonique pour les patients insuffisants cardiaques
Pauline Rigollier, Muriel Salvat, Sylvie Ducreux, Yannick Neuder 42

« Les médecins généralistes sont face à la souffrance des patients »
Entretien avec Claudie Haxaire 44

► CINÉSANTÉ

Juno : une adolescente face à une grossesse non désirée
Michel Condé 46

Illustrations : Aude Samama



Entretien avec Jean-Pol Tassin, neurobiologiste, directeur de recherche, Inserm, Paris

« L'absence de sécurité, un facteur favorisant l'addiction aux drogues »

Contrairement à une idée répandue, le plaisir ne serait pas l'élément principal de l'addiction aux drogues. C'est le découplage de deux systèmes neurobiologiques qui serait à l'origine de l'addiction. L'histoire de vie et l'insécurité expliquent très largement la vulnérabilité à ce phénomène de découplage. D'autres facteurs d'addiction existent : une consommation régulière mais aussi une consommation précoce. Pour Jean-Pol Tassin, primé pour ses travaux sur l'origine neurobiologique des processus addictifs, ces nouvelles connaissances amènent à reconsidérer les stratégies de prévention et de prise en charge des consommateurs de drogues.

La Santé de l'homme : L'addiction aux drogues est-elle la même selon les produits ?

Du tabac à l'alcool en passant par le cannabis, l'héroïne et la cocaïne, les mécanismes sont communs mais le potentiel addictif varie considérablement d'un produit à l'autre. Ainsi, le tabac est très addictif tandis que le cannabis ne l'est que très peu, contrairement à ce qui a pu être dit. Dans la très grande majorité des cas, l'addiction n'arrive ni du jour au lendemain ni de manière systématique. Ainsi, par exemple, ce n'est pas parce que vous avez pris une fois de la cocaïne que vous devenez dépendant ; les études montrent d'ailleurs que 85 % des consommateurs de cocaïne ne sont pas dépendants¹. Mais on peut être dépendant à la cocaïne à 25 ans, soit au bout de cinq ans de consommation. Quant à l'alcool, il déclenche relativement peu d'addiction : 2 à 8 % des consommateurs sont dépendants et cette dépendance est généralement la conséquence d'une longue imprégnation.

S. H. : Pourquoi les découvertes neurobiologiques récentes bouleversent-elles la connaissance que nous avons de l'addiction ?

Pendant très longtemps, on a considéré que l'addiction venait d'un excès de plaisir que la substance apporte – la dopamine libérée par la drogue déclenchant ce plaisir – et qu'à partir de là, le consommateur ne pouvait plus s'en passer. Mais les toxicomanes nous disent que, très rapidement, le plaisir n'a plus d'importance, qu'ils prennent un produit pour se soulager face au malaise qu'ils ressentent quand ils sont sans produit. Effectivement, nos recherches nous ont permis de constater que ce raisonnement classique autour du plaisir ne tient pas. Par exemple, le tabac est extrêmement addictif alors qu'il donne relativement peu de plaisir ; la sexualité, en revanche, peut donner beaucoup de plaisir mais déclenche peu d'addiction.

S. H. : Il faut donc remonter à une autre cause ?

Nous sommes allés voir plus loin en amont : à quel niveau les drogues pouvaient-elles agir avant éventuellement de donner du plaisir ? Nous avons montré que pour qu'il y ait déclenchement de plaisir – pour les drogues qui en offrent –, il faut une stimulation de deux systèmes neuronaux, l'un qui libère de la noradrénaline, qui repère et nous met en éveil vis-à-vis de ce qui vient de l'extérieur, l'autre qui libère de la sérotonine et qui protège notre cerveau contre ces mêmes événements extérieurs. Ce dernier régule nos impulsions. Schématiquement, lorsqu'une personne est confrontée à un événement nouveau, le premier système démarre et l'autre, la sérotonine, suit. Les deux sont donc couplés et se contrôlent mutuellement.

Or, le fait de prendre des drogues active les deux systèmes, ce qui, chez certains individus, entraîne la disparition du couplage qui les lie. Ce découplage, cette désynchronisation, c'est la situation dans laquelle se trouve le toxicomane qui est en état de dépendance. La drogue va lui permettre de se soulager en remettant en marche, pendant le temps où elle aura un effet, les deux systèmes simultanément. Ce phénomène de découplage – et donc d'addiction –, nous l'avons observé pour les amphétamines, la cocaïne, l'héroïne et l'alcool. Mais pas pour le cannabis ni la nicotine du tabac. C'est sans doute la raison pour laquelle la dépendance au cannabis ou à la nicotine est moindre.

S. H. : Si la nicotine ne provoque pas de dépendance, pourquoi le tabac provoque-t-il autant d'addiction ?

La nicotine provoquant peu d'addiction, nous avons recherché dans la cigarette les autres produits qui pouvaient la générer. Et nous avons découvert que ce sont d'autres composés comme les inhibiteurs de monoamine oxydases (IMAOs) qui, associés à la nicotine, génèrent cette addiction. En associant nicotine et IMAOs, nous avons en effet retrouvé ce découplage des deux systèmes qui caractérise l'addiction. En termes de prévention, cette découverte a un impact majeur : le sevrage tabagique par substitut nicotinique seul ne peut être efficace.

S. H. : Qu'est-ce qui crée ce découplage neurobiologique qui caractérise l'addiction ?

Ce couplage neurobiologique n'existe pas à la naissance, il va se mettre en place et se structurer en fonction de l'histoire de vie de chaque individu et de son environnement social qui jouent comme facteurs défavo-

rables ou favorables : bien-être et sécurité dans l'enfance et l'adolescence, sécurité affective – par exemple pouvoir s'adosser à des parents – sont des éléments majeurs pour favoriser cette régulation. À l'inverse, ce couplage ne va pas se mettre en place correctement chez les individus en situation d'insécurité. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà mentionné, le fait de prendre des drogues de façon répétée découple ces deux systèmes. La consommation précoce de drogue – entre 10 à 14 ans – perturbe les systèmes en cours de mise en place et devient donc un facteur de vulnérabilité à l'addiction chez l'adulte.

S. H. : Cette explication de l'addiction est-elle connue des professionnels et du grand public ?

Elle est très peu connue du grand public et inégalement chez les professionnels. Ces travaux scientifiques datent de 2007, ils émergent à peine dans la littérature et n'ont donc pas supplanté l'explication traditionnelle basée sur le plaisir. Pour progresser, il convient de mieux informer les professionnels d'abord, le grand public ensuite. Il importe de souligner auprès des professionnels que la première cause de ce découplage est la vulnérabilité de la personne, qui dépend de son histoire. Il ne sert à rien de dire à une personne confrontée à l'addiction d'arrêter de prendre un produit. Le professionnel devra, avec elle, remonter à l'origine de la prise toxique, en ayant à l'esprit le principe que quelqu'un qui va bien n'a aucun intérêt à prendre des drogues et à plus forte raison d'une façon régulière.

S. H. : Comment réorienter la prévention et la prise en charge ?

Si l'on parle prévention et prise en charge, l'important est notamment de dédramatiser la prise de produit en tant que telle, qui n'est que l'expression d'un malaise qu'il faut décrypter. Tout mal-être et stress vulnérabilisent l'individu par rapport à la prise de drogue, donc plus le consommateur de drogue va être placé dans une situation anxieuse, plus il aura besoin de son produit. C'est ainsi qu'en prison, les détenus sont dans la situation la plus propice au maintien de la dépendance. Illustrant ce lien entre addiction et vulnérabilité, une étude a montré que

parmi les soldats américains combattant au Vietnam et qui ont pris de l'héroïne, 94 % d'entre eux ne sont pas ensuite devenus dépendants à leur retour aux États-Unis. C'est donc bien le contexte qui les a poussés à prendre de l'héroïne ; le fait d'en avoir pris n'a pas entraîné d'addiction chez 94 % d'entre eux.

S. H. : La volonté peut-elle permettre d'arrêter de consommer des drogues ?

Ce n'est pas une question de volonté : on confond émotion et cognition. Le toxicomane vit une émotion et la volonté relève de la cognition. Le professionnel ne va pas faire appel à la volonté du consommateur de drogue ; lui demander d'arrêter le rendra encore plus malheureux parce qu'il n'y parviendra pas. Le professionnel va l'aider à trouver en lui les forces affectives qui vont lui permettre de supporter le manque, il l'épaulera dans son acceptation de la souffrance, il l'aidera à la repérer, à la dompter et à identifier ce qu'il recherche à travers la drogue : ce peut être surmonter une séparation, une insécurité, un deuil, dans tous les cas une souffrance. C'est un travail de psychothérapeute pour rechercher la cause, pas une question de traitement médical. Remonter dans l'histoire de l'individu et identifier les éléments sensibles, c'est ce que font les alcooliques anonymes : ils apprennent aux alcoolodépendants à repérer leurs émotions et à les contrôler, ils les conduisent à exprimer leurs émotions, ce qui leur permet de les supporter et de passer outre.

S. H. : Comment développer une meilleure information des professionnels ?

Le professionnel ne dispose pas nécessairement des informations les plus récentes, il convient donc de lui offrir toutes les possibilités de s'informer afin qu'il puisse transmettre cette information au grand public de façon simple. Ainsi, si l'on parle du cannabis, face à la panique exprimée par certains parents dont les enfants sont consommateurs, expliquer qu'il n'y a pas de quoi objectivement paniquer, rappeler – comme le font la très grande majorité des professionnels – que le cannabis est pratiquement un fonctionnement sociétal obligé sinon le jeune est rejeté par son groupe ;

évaluer la consommation réelle et sa fréquence : entre un jeune qui fume avec les copains le samedi soir et un autre qui fume tous les matins avant d'aller en classe, il y a une différence fondamentale. Or, certains professionnels souffrent d'un déficit d'information. Plus un médecin est informé sur la toxicomanie, plus il sera efficace face au toxicomane, parce que ce dernier est souvent très bien informé sur le plan de la neurochimie. En tant que chercheur, je reçois souvent des courriers de personnes en situation d'addiction qui ne vont pas forcément en consultation médicale, qui veulent prendre un produit et me demandent quelles en sont les conséquences neurobiologiques. Ce n'est pas mon travail mais celui du clinicien. Ceci tendrait à prouver qu'il y a un manque d'information.

S. H. : Quel type de dépendance ou d'addiction l'Internet et les jeux d'argent provoquent-ils ?

En l'absence de substance psychoactive et donc d'incidence pharmacologique sur le système nerveux central, je ne pense pas que le jeu puisse déclencher une addiction ; en revanche, il peut procurer un soulagement face à l'addiction aux substances psychoactives. Ainsi, les cliniciens ont-ils observé que 60 % des joueurs pathologiques sont de gros fumeurs de tabac, 60 % sont alcoolodépendants et 30 % ont des troubles de la personnalité. Ce qui signifie que les joueurs sont une population hautement vulnérable. Mais ce n'est pas le jeu qui les rend vulnérable. La dépendance au jeu est donc beaucoup plus facile à soigner que l'addiction aux drogues et les pourcentages de sevrage réussis sont beaucoup plus élevés. Entre le jeu pathologique et les substances psychoactives, la prévention et la prise en charge doivent être totalement différenciées.

Propos recueillis par Yves Géry

1. Anthony J.C., Warner L.A., Kessler R.C. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the national comorbidity survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 1994, vol. 2, n° 3: p. 244-268.

« Consultations jeunes consommateurs » : accueillir, informer, prendre en charge, orienter

Depuis 2005, des « consultations jeunes consommateurs » ont été mises en place sur l'ensemble du territoire français, notamment pour aider les usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives à diminuer ou arrêter leur consommation. L'enquête sur ces consultations, publiée par l'OFDT en 2009, bouscule pas mal d'idées reçues. Ainsi, par exemple, de nombreux consommateurs souhaitent réduire ou arrêter leur consommation, y compris parmi les plus jeunes. De mars 2005 à décembre 2007, ces consultations ont accueilli soixante-dix mille personnes.

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France, surtout chez les jeunes, malgré une baisse de son usage depuis 2002, après dix ans de hausse. En 2007, 5 % des garçons et 2 % des filles déclaraient, à 16 ans, un usage régulier de cannabis, c'est-à-dire au moins dix épisodes de consommation dans les trente derniers jours (1).

Créé en 2005, le dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (CJC) (voir encadré page 7) vise à offrir une réponse individualisée à l'ensemble des consommateurs de drogues, notamment les plus jeunes. Grâce à l'enquête menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) auprès des professionnels intervenant en « consultations jeunes consommateurs », on connaît le public accueilli au sein du dispositif (2, 3). L'analyse porte sur un échantillon de 2 938 consommateurs de drogues observés en 2007 dans plus de 80 % des « consultations jeunes consommateurs » alors en activité.

Profils des usagers de cannabis

Le produit motivant la venue en « consultations jeunes consommateurs » est le cannabis dans 92 % des cas. Les autres produits cités sont l'alcool (3,0 %), l'héroïne (2,7 %), la cocaïne (0,7 %), le tabac (0,6 %) et les « addictions sans produit » aux jeux vidéo ou à Internet (0,5 %).

Les hommes sont majoritaires (81 %), ainsi que les jeunes majeurs (18-25 ans) qui représentent 27 % du public, devant les plus de 25 ans (26 %) et les mineurs (17 %). Parmi les plus jeunes consultants (jusqu'à 20 ans), la majorité est scolarisée et se distingue de la population générale par une sur-représentation des apprentis (41 % à 17 ans vs 11 %) (4), singulièrement chez les filles (34 % vs 7 % à 17 ans).

Un consultant sur deux est adressé par la justice (48 %), les autres venant spontanément (22 %) ou adressés par un tiers : famille (14 %), médecin (7 %), Éducation nationale (4 %) ou autre (5 %). Jusqu'à 17 ans, l'orientation familiale est la plus fréquente ; entre 18 et 30 ans, ce sont les injonctions judiciaires ; au-delà, les demandes spontanées et l'adressage médical passent en tête des recours. Plus âgées en moyenne, les femmes viennent plus souvent spontanément (35 % vs 19 %), tandis que les orientations judiciaires sont prédominantes chez les hommes (55 % vs 21 %).

Fréquence et modalités de consommation

Près de deux consultants sur cinq fument du cannabis tous les jours (38 %) et un sur cinq de manière régulière mais non quotidienne (entre 10 et 29 épisodes dans le dernier mois).

L'usage quotidien est associé à l'âge (23 % des consultants de 12 à 15 ans, 34 % des 16-17 ans, 37 % des 18-25 ans) et aux motivations de consommation : les usages auto-thérapeutiques (« pour lutter contre l'anxiété et le stress, pour mieux dormir ou pour tenir le coup ») et routinisés (« par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit ») sont plus fréquents parmi les usagers quotidiens. De surcroît, fréquence et intensité de consommation sont liées : 38 % des usages « auto-thérapeutiques » et 48 % des usages « habituels » sont associés à des consommations intensives de plus de cinq joints un jour typique de consommation (vs 23 % des usages motivés par une recherche de convivialité).

Des taux élevés d'usage d'autres produits psychoactifs

Le tabagisme est logiquement d'autant plus fréquent que l'usage de cannabis est régulier. Moins systématique, l'usage régulier d'alcool est le fait de 23 % des consultants.

Le public accueilli se distingue de la population générale par une sur-consommation des autres drogues illicites au cours des douze derniers mois, hormis le poppers : cocaïne (11,8 % vs 0,6 % en population générale), ecstasy (11,1 % vs 0,5 %), champignons hallucinogènes (4,3 % vs 0,3 %), héroïne

(5,4 % vs 0,1 %). Les consultants qui ont expérimenté l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy s'avèrent plus souvent fumeurs réguliers ou quotidiens de cannabis et y ont été plus précocement initiés : ils sont aussi plus souvent fumeurs quotidiens de cigarettes et buveurs quotidiens.

Une demande majoritaire d'aide à l'arrêt

Quels que soient l'âge des consultants et la fréquence d'usage de cannabis, la demande d'aide majoritairement exprimée concerne l'arrêt de la consommation (44 %). Parmi les mineurs, un tiers sollicite une aide à l'arrêt, un tiers une information ou un conseil, et un dernier tiers une aide à la réduction de l'usage ou un autre type de demande.



© Marie-Reine Mattera / Photonostop

Des usages plus occasionnels parmi les justiciables

Quatre fois plus masculin, le public sous main de justice reflète le *sex-ratio* des interpellations pour usage de cannabis : 93 % des quelque cent mille usagers interpellés, chaque année, sont des hommes (5). Au sein de cette population de justiciables, certaines catégories sont surreprésentées : les jeunes majeurs (18-25 ans), les personnes déscolarisées ou sans emploi, les usagers occasionnels de cannabis déclarant consommer pour rechercher du plaisir et de la convivialité (plutôt que pour réguler une angoisse). Les justiciables sont plus souvent reçus par un éducateur, un infirmier ou un travailleur social que par un psychologue ou un médecin. Enfin, ils ont plus de probabilités de faire l'objet d'une évaluation limitée à une seule séance, conclue par la remise d'une attestation de présence, garantie d'exécution pénale opposable

aux services judiciaires. La plupart des consultants répondant à une injonction judiciaire exécutent en effet une mesure alternative aux poursuites (66 %), qui les oblige à venir en « consultations jeunes consommateurs » pour obtenir une suspension des poursuites pénales ; mais ils ne sont pas astreints à une obligation de soins.

Les critères d'appréciation clinique de la dépendance

Plus d'un tiers (36 %) des consultants sont jugés « dépendants » et 17 % en situation d'usage nocif. Les facteurs cliniques qui orientent le plus le diagnostic sont la fréquence d'usage et les quantités. Ils ne jouent toutefois pas comme critères univoques : 37 % des usagers quotidiens de cannabis ne sont pas jugés « dépendants ».

Les critères d'évaluation clinique sont, en outre, mouvants : près de deux

diagnostics sur dix sont révisés entre les deux premières séances. Les diagnostics les plus « fermes » portent sur la dépendance et l'usage à risque, le moins ferme sur « l'usage nocif ».

Les consultants « dépendants », plus nombreux à fumer pour lutter contre l'angoisse et avec un sentiment de dépendance, font plus souvent appel au dispositif pour réduire leur consommation ; ils expriment aussi plus souvent un objectif d'arrêt complet, ce qui explique la rareté des consultations uniques dans cette sous-population. Le dispositif joue donc bien son rôle de plate-forme de repérage des usages problématiques et d'orientation, le cas échéant, vers des services spécialisés dans le traitement des addictions.

Parcours au sein du dispositif et conditions d'efficacité

Parmi les consultants encouragés à revenir après la visite de contact, 30 % « décrochent » et ne reviennent pas. Or, c'est parmi les consultants qui viennent pour une troisième ou une quatrième consultation que les taux de réduction de l'usage de cannabis sont les plus élevés (près de 60 %). Comment l'expliquer ? Les usagers arrivant jusqu'à ce stade sont, logiquement, parmi les plus motivés. Cependant, ces taux de réussite chutent après la quatrième consultation. Ainsi donc, le nombre de séances influe favorablement sur les chances de diminuer la consommation de cannabis jusqu'à la quatrième séance mais, à partir de la cinquième, cette probabilité décroît, ce qui suggère

Trois cents « consultations jeunes consommateurs » en France

Les « consultations jeunes consommateurs » (CJC) visent à accompagner les jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives et leur famille, en assurant information et évaluation aux premiers stades de la consommation (usage, usage nocif) et en déclenchant une prise en charge brève ou une orientation si nécessaire (vers une structure de soins spécialisés, un service hospitalier en psychiatrie, un centre médico-psychologique). Elles doivent accueillir tous les publics (patients plus âgés ou entourage), en s'adressant en priorité aux jeunes, et prendre en compte toutes les substances relevant de l'addictologie (alcool, cannabis, cocaïne, psychostimulants) ainsi que les addictions sans produit (jeux, Internet, etc.). Bien que les « consultations jeunes consommateurs » aient d'abord été centrées sur un produit, au point d'être baptisées « consultations cannabis », leur vocation est généraliste. De mars 2005 à décembre 2007, elles ont accueilli soixante-dix mille personnes. On compte aujourd'hui trois cents points de consultation répartis dans toute la France.

l'hypothèse d'un changement de nature de la problématique à ce stade du suivi (l'enjeu devient non plus de réduire mais d'arrêter).

Le public qui réussit à réduire sa consommation à court terme (sans que l'on puisse savoir si cette réduction sera durable) est significativement plus masculin et plus âgé ; les consultants de plus de 25 ans ont une probabilité deux fois supérieure à celle des mineurs de diminuer leur consommation, ce qui suggère que l'usage de cannabis est identifié à une étape de la vie adolescente : après 25 ans, avec la sortie du système scolaire, l'entrée dans la vie active et l'installation dans une vie conjugale et/ou familiale, l'usage décline. Toutes choses égales par ailleurs, les consultants qui réduisent leur niveau d'usage sont aussi plus souvent des usagers occasionnels de cannabis, qui fument pour réguler leur angoisse, et sont plus fréquemment scolarisés et/ou insérés professionnellement, la situation d'activité apparaissant comme un facteur-clé de réussite. Enfin, la capacité à diminuer le niveau d'usage est associée aux débuts du parcours de consultation (jusqu'à la quatrième séance) et au nombre de visites, qui augmente la probabilité d'une baisse de l'usage, surtout à la troisième séance.

Conclusion

Le dispositif, centré sur une clientèle-cible d'usagers de cannabis, constitue un recours contraint pour la moitié du public qui sursoit ainsi à des poursuites pénales ou à l'emprisonnement, en particulier chez les hommes âgés de 18 à 25 ans. Ce constat invite à réfléchir aux moyens d'améliorer l'effectivité du dispositif pour accueillir davantage de demandeurs spontanés. L'enquête démontre, par ailleurs, l'influence significative de plusieurs variables associées à la réduction de la consommation de cannabis (sexe, âge, situation d'activité, fréquence et motivations d'usage du cannabis, nombre de séances). L'enquête souligne que c'est au début du parcours de suivi dans le dispositif que se mettent en place les conditions favorables à une réduction de la consommation de cannabis ; et que c'est après la troisième consultation que l'enjeu d'un arrêt complet devient plausible. L'enjeu, en termes de prévention, est donc de retenir les consultants dans le

dispositif au-delà des deux premières consultations, en leur fournissant soutien et encadrement dans leur démarche d'auto-limitation. Il faut cependant se montrer prudent dans l'interprétation de ces résultats qui reposent largement sur des données déclaratives, par nature exposées au risque d'une dissimulation ou d'une sous-estimation, en particulier au sein du public sous contrainte judiciaire.

Ivana Obradovic

Politeiste, chargée d'études,
Pôle évaluation des politiques publiques,
Observatoire français des drogues et des
toxicomanies (OFDT), Saint-Denis.

Pour en savoir plus :

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap09/epfxiop1.html>

Références bibliographiques

- (1) Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Premiers résultats du volet français de l'enquête Espad 2007. *Tendances*, janvier 2009, n° 64 : 6 p.
En ligne : www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxslp1.pdf
- (2) Obradovic I. « Consultations cannabis ». *Enquête sur les personnes accueillies en 2005*. Saint-Denis : OFDT, 2006 : 109 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxioma.html>
- (3) Obradovic I. *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007)*. *Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*. Saint-Denis : OFDT, 2009 : 174 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap09/epfxiop1.html>
- (4) Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nézet O. *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France – Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad*. Saint-Denis : OFDT, 2007 : 77 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxsln5.html>
- (5) Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCTIS). *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2007*. Paris : OCTIS, 2008 : 119 p.

COMMUNIQUÉ

équilibres

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

équilibres

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

ÉVÉNEMENT VIH : un dépistage proposé à tous

À l'occasion du 17^e décembre, Journée mondiale de la lutte contre le VIH, l'Agence et le ministère chargé de la santé ont lancé une campagne d'information pour inciter au dépistage du VIH. Cette campagne s'inscrit dans le cadre des **« consultations jeunes consommateurs »** de l'OFDT.

Le dépistage du VIH est gratuit, anonyme et confidentiel. Il est proposé à tous les jeunes de 16 à 25 ans, quel que soit leur niveau de consommation de cannabis. Les jeunes sont encouragés à se faire tester, même s'ils ne se sentent pas concernés par le VIH.

Le dépistage du VIH est proposé à tous les jeunes de 16 à 25 ans, quel que soit leur niveau de consommation de cannabis. Les jeunes sont encouragés à se faire tester, même s'ils ne se sentent pas concernés par le VIH.

Le dépistage du VIH est proposé à tous les jeunes de 16 à 25 ans, quel que soit leur niveau de consommation de cannabis. Les jeunes sont encouragés à se faire tester, même s'ils ne se sentent pas concernés par le VIH.

Le dépistage du VIH est proposé à tous les jeunes de 16 à 25 ans, quel que soit leur niveau de consommation de cannabis. Les jeunes sont encouragés à se faire tester, même s'ils ne se sentent pas concernés par le VIH.

Agir pour la santé des détenus

Le 29 novembre 2009, l'OFDT a organisé un colloque sur la santé des détenus. Ce colloque a permis de réunir des professionnels de la santé, des représentants des détenus et des associations.

Le colloque a permis de réunir des professionnels de la santé, des représentants des détenus et des associations. Les participants ont discuté de la situation de la santé des détenus et des moyens de l'améliorer.

Le colloque a permis de réunir des professionnels de la santé, des représentants des détenus et des associations. Les participants ont discuté de la situation de la santé des détenus et des moyens de l'améliorer.

Résister au tabac

Le 14 décembre, l'OFDT a organisé un colloque sur la résistance au tabac. Ce colloque a permis de réunir des professionnels de la santé, des représentants des consommateurs et des associations.

Le colloque a permis de réunir des professionnels de la santé, des représentants des consommateurs et des associations. Les participants ont discuté de la situation de la résistance au tabac et des moyens de l'améliorer.

Le colloque a permis de réunir des professionnels de la santé, des représentants des consommateurs et des associations. Les participants ont discuté de la situation de la résistance au tabac et des moyens de l'améliorer.

Le colloque a permis de réunir des professionnels de la santé, des représentants des consommateurs et des associations. Les participants ont discuté de la situation de la résistance au tabac et des moyens de l'améliorer.

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr

inpes

Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé

Entretien avec Jean-Pierre Couteron, psychologue-clinicien dans une « consultation jeunes consommateurs », Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie de Mantes-la-Jolie (Yvelines) et président de l'ANITeA/F3A

« Accompagner les jeunes, s'il le faut leur ouvrir l'accès à une thérapie »

Psychologue clinicien, Jean-Pierre Couteron reçoit en consultation des adolescents et des jeunes adultes essentiellement consommateurs de cannabis, dans le cadre du dispositif national des « consultations jeunes ». Il souligne l'impératif d'un double accompagnement de la personne et de son comportement d'usage, la pertinence du recours à l'environnement familial, les parents notamment, et si c'est nécessaire sous forme de thérapie familiale. Il met en avant l'intérêt de ce dispositif qui reçoit une part importante d'adolescents en grande difficulté et en rupture mais aussi des usagers « simples consommateurs ».

La Santé de l'homme : Comment abordez-vous ces consultations ?

Ces consultations permettent à de jeunes consommateurs plutôt concernés par le cannabis – l'alcool et le tabac étant aussi impliqués – d'accéder aux soins dans une démarche précoce. Nous avons à faire à des adolescents qui ne se reconnaissent pas comme des personnes nécessitant une quelconque prise en charge. Mais l'inquiétude de leur entourage est inversement proportionnelle à cette non-reconnaissance.

Notre premier objectif est donc de réduire un peu cet écart pour, ensuite, essayer de mettre en place un dispositif plus constructif autour de ces jeunes. Le public que nous rencontrons est divers, classiquement composé d'adolescents en grande difficulté et en grande rupture, mais aussi d'adolescents fortement consommateurs mais encore bien insérés. Comment recevoir ces jeunes qui ont parfois des difficultés à être reconnus par les adultes de leur entourage ? Cette question est au centre de notre travail, elle en fait, pour partie, son originalité.

S. H. : Qu'est-ce qui vous frappe dans l'histoire de ces jeunes ?

Il faut être prudent. L'enquête de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (NDLR : lire l'article page 6) dresse de manière intéressante les typologies que l'on retrouve

dans des sous-groupes, certains adolescents sont dans une consommation hédoniste, d'autres dans une consommation « d'auto-médication », etc. Cette diversité d'approche m'avait déjà frappé lorsque nous avons mis en place ces dispositifs au début des années 2000. Par ailleurs, nous recevons encore aujourd'hui des adolescents qui ont un niveau d'usage élevé, avec des conséquences importantes pour eux et, pourtant, il n'y a pas systématiquement de problèmes psychopathologiques majeurs derrière cet usage. L'un des intérêts de ces consultations est de bien identifier cela.

S. H. : Quel type d'accompagnement leur apportez-vous ?

Pour moi, l'accompagnement c'est tout sauf « laisser faire ». La définition même d'accompagner est « *marcher avec quelqu'un, cheminer à côté* ». Il est nécessaire de réussir à se faire accepter pour cheminer à côté. Cela veut dire aussi qu'il faut réussir à mettre l'autre en état de marche, pour qu'il puisse reprendre sa marche en avant.

Prenons le cas de figure d'un adolescent en opposition frontale avec l'adulte : une alliance thérapeutique est à rechercher car elle nous permettra de placer ce jeune en position de pouvoir bouger. Je pense, par exemple, à cette jeune fille dont le cursus scolaire s'est brisé du fait de conflits avec ses parents sur les modes

et les choix de vie, comme cela arrive à cet âge ; cette adolescente se trouve engagée dans un cursus d'apprentissage alors que le reste de la famille, parents compris, a fait des études supérieures ; puis elle se retrouve prise avec des copains et copines qui renforcent ce sentiment d'échec. La consommation de cannabis va progressivement s'installer dans ce contexte difficile pour l'adolescente. Maintenant, consciente que cet usage lui apporte de moins en moins la solution espérée et un peu plus de problèmes, et dès lors qu'arrêter n'est pas un préalable imposé, elle accepte de se poser la question : si nous cherchions ensemble une autre solution ? Peu à peu, elle va d'elle-même modérer son usage, rendant possible l'arrêt.

S. H. : L'accompagnement n'est-il alors qu'une démarche conjointe ?

Le danger, quand nous évoquons des cas précis de manière aussi synthétique, est que notre discours et donc notre analyse peuvent paraître mécaniques. En fait, il s'agit d'un entrecroisement beaucoup plus complexe entre une écoute, une alliance, une empathie, un travail motivationnel. Le but est de retrouver du plaisir, de l'envie et d'accepter des limites. Le travail d'accompagnement va être, dans un premier temps, d'accepter de naviguer entre plusieurs registres envisageables, de sentir lesquels correspondent le mieux au jeune au moment où il est en

face de nous, sans abandonner les autres registres car nous savons que tous pourront être utiles à un moment déterminé.

S. H. : L'OFDT souligne, dans son enquête, la difficulté de convaincre les jeunes, en particulier les mineurs, à revenir lors de ces consultations : pourquoi ont-ils tendance à ne venir qu'une fois ?

Posons-nous une autre question : pourquoi faut-il les faire revenir ? Il a été parfois plus utile de travailler avec les parents qu'avec le jeune concerné. Et puis, il y a cette hétérogénéité, cette diversité d'approche relevée précédemment en fonction des jeunes qui viennent consulter. Dans certains cas, une thérapie particulière, multidimensionnelle, à plusieurs entrées, type MDFT (*MultiDimensional Family Therapy*) aujourd'hui validée, est nécessaire. D'autres situations posent la question de la dépression chez l'adolescent et des réponses médicales parfois utiles, etc.

Alors, pour davantage « fidéliser » ces jeunes dans ces consultations, il nous faut travailler sur plusieurs volets :

- mieux comprendre ce qui, au cours du premier rendez-vous, rend plus efficace l'alliance thérapeutique ;
- se pencher sur les liens et le travail à faire avec la famille, car le fait que l'adolescent ne revienne pas n'est pas forcément un mauvais indice ;
- bien distinguer dans le suivi, le moment où il est nécessaire que l'adolescent revienne, que la famille soit présente et que nous ayons le temps d'un travail sur une série d'entretiens avec l'adolescent et sa famille. Nous intervenons ainsi auprès d'un adolescent qui commence à avoir une consommation importante de cannabis en amont d'une situation qui risquerait de devenir plus problématique. Cela fait partie de ces interventions précoces, utiles, et qui sont à la croisée des chemins entre prévention, accompagnement et information.

S. H. : Il n'y a donc pas d'accompagnement ni de prise en charge calés sur une référence unique ?

Pour un certain nombre d'adolescents, nous avons des schémas que nous connaissons bien. Il m'arrive très souvent de travailler avec des adolescents en nous accordant sur le schéma suivant : « *Nous allons nous voir régulièrement pendant*

deux à trois mois, puis ensuite nous nous verrons tous les deux mois en fonction du rythme scolaire, personnel. » Mais les jeunes ne sont pas accompagnés en se basant sur un seul schéma. L'effort que nous faisons est d'avoir une porte d'entrée très diversifiée. Nous sommes, par exemple, capables de mettre en place des psychothérapies extrêmement pointues pour certains adolescents, de fournir des prises en charge très spécifiques sur le modèle de la thérapie familiale. Nous pouvons produire des accompagnements qui associent l'éducatif et le thérapeutique, dans un contexte où le lien social est souvent défaillant et où la société est moins structurante et davantage addictogène. En résumé : accompagner les jeunes et, s'il le faut, leur ouvrir l'accès à une thérapie.

S. H. : Quel bilan tirez-vous de ces consultations ?

Ce dispositif a largement participé à la stabilisation, voire au recul, de la consommation de cannabis pour une partie des adolescents et des jeunes adultes. Il a permis de recevoir de jeunes consommateurs qui n'étaient pas reçus auparavant, de rencontrer des familles, de discuter avec elles et d'éviter ainsi les pièges classiques de la diabolisation ou de la banalisation.

Les consultations ont su s'adapter : centrées de fait sur le cannabis, elles ont permis d'accueillir les poly-consommateurs, les adeptes du *binge-drinking*, mais aussi des addictions sans produit. Ce bilan est donc positif. J'attire toutefois l'attention sur un fait : les consultations fonctionnaient auprès de consommateurs provenant à 40 % de contrainte judiciaire et 60 % de contrainte éducative. Or, quelques années plus tard, ces chiffres se sont inversés. Soyons clairs : aucun adolescent ne vient de lui-même en disant « *c'est génial* ». Il faut qu'il y ait une contrainte, une obligation. Il me semble que les soignants doivent avoir pour objectif de pouvoir intervenir en amont de l'interpellation. Celle-ci n'est jamais banale, elle est inégale et très différente d'une commune à l'autre et d'un contexte sociologique à l'autre. Les « consultations jeunes consommateurs » ont réellement besoin de moyens et d'attention.

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

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 262 décembre 2010

Initiatives

La participation au programme de dépistage du cancer du sein
De Bock C.

Les États généraux de la médecine scolaire
Gaëtan Absil

Les médecins scolaires en quête d'une nouvelle identité professionnelle
Govers P., Saglimbene C.

Sida : l'Afrique du Sud fait sa révolution
Huon P.

Le temps passe, pas le sida

Prévention du suicide chez les jeunes
De Bock C.

Réflexions

Les groupes Balint dans un monde en évolution accélérée
Thiry L.

Stratégie

Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française
Chantal Leva

Outil

Shalimar

Lu pour vous

Tous dopés ? Quelle éthique de la médecine d'amélioration ?
Bastin P.

Vu pour vous

Votre Éducation Santé, vous le prendrez « papier » ou « Internet » ?
De Bock C.

Visitez notre site
De Bock C.

Brèves

Education Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé. Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. La revue papier est diffusée par abonnement (gratuit) en Belgique. Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 ou télécharger la revue en pdf : <http://www.educationsante.be> N° 262 en ligne : http://www.educationsante.be/es/telechargmt_pdf.php?pdf=../pdf/es262.pdf

S'informer, se documenter en éducation et promotion de la santé



Illustrations : Aude Samama

Ce dossier propose une réflexion concrète sur les enjeux de l'information et de la documentation dans le paysage de la santé publique, tant au plan national que local, et plus particulièrement dans le champ de la promotion de la santé. Il est en effet devenu incontournable d'organiser et de partager les informations, d'avoir accès à une sélection pertinente de données et de capitaliser les connaissances pour mettre en œuvre une politique de santé publique ou pour nourrir les actions de terrain. À l'heure où les questions à traiter se complexifient, où la gouvernance par la preuve scientifique s'impose, où le web donne accès à un nombre croissant d'informations, ce dossier a pour but d'apporter des connaissances et des ressources.

Ce dossier a été élaboré avec la participation active des membres du réseau national de documentation Spidoc (Santé prévention info-doc)¹, coordonné par l'Inpes. Destiné au grand public, aux associations et aux professionnels du champ de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé, Spidoc a pour missions d'outiller les professionnels dans leurs actions et leurs projets d'éducation pour la santé, d'accompagner le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire et de développer la diffusion des connaissances dans ce domaine. La création de ce réseau concrétise l'une des missions assignées à l'Inpes par la loi² mais résulte surtout de la rencontre entre différentes institutions ayant pour volonté de rendre plus visibles et de valoriser les supports d'information, outils pédago-

giques et méthodologiques d'éducation pour la santé, indispensables à la reconnaissance des champs de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé.

L'une des premières actions collectives du réseau Spidoc a été d'organiser, en 2009, une session³ intitulée *S'informer, se documenter, décider et agir* lors des Journées de la prévention de l'Inpes. Un an plus tard, les départements de la documentation et de la communication de l'Inpes se sont associés à la Société française de santé publique (SFSP) pour proposer une nouvelle session aux Journées de la prévention 2010 intitulée *Internet et santé publique : pratiques, expériences et enjeux*⁴. Cette session⁵ a été consacrée à l'étude de l'influence d'Internet dans le champ de la santé publique, notamment en matière de prévention. Animée par des experts d'institutions françaises, québécoises et néerlandaises, elle s'est centrée sur les nouveaux usages et pratiques d'Internet dans le champ de la santé : campagnes nationales de santé publique, sites d'accompagnement ou de coaching. Elle s'est intéressée à la place d'Internet comme support de partage de connaissance et d'expertise au service des professionnels, mais également comme outil d'influence.

Face à cet engouement pour l'information sur la promotion de la santé, sujet encore peu traité – ou de manière disparate – dans la littérature, l'Inpes a souhaité étendre son effort de communication sur les connaissances, leur valorisation et leur transfert, au lectorat de *La Santé de l'homme*. Ce numéro propose un dossier qui se veut à la fois outil d'information, de réflexion et d'aide à l'action. Il invite, dans sa première partie, à une réflexion autour du rôle de l'information et de ses différents visages, en essayant de répondre à la question suivante : quelles stratégies d'information en santé publique pour quels

enjeux ? Le lecteur trouvera dans une seconde partie des ressources pour s'informer en promotion de la santé, un corpus pratique des outils et des repères qui lui permettront de s'orienter parmi la diversité des sources d'information proposées, notamment en ligne.

Céline Deroche

(Inpes) avec le réseau Spidoc,

Nathalie Cornec

Comité régional d'éducation pour la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Benoît Dejonghe et Willy Tenailleau

Groupement régional de promotion de la santé Nord-Pas-de-Calais,

Cécile Onillon et Muriel Deroo

Centre régional de ressources et de formation à l'éducation du patient (Cerfep),

Valérie Le Bec-Corbisier

Association nationale de prévention en alcoolisme et addictologie.

1. Pour plus d'informations sur les partenaires du réseau : <http://www.spidoc.fr>

2. Article L1417-5 du Code de la santé publique : « L'Inpes [...] constitue un réseau national documentaire spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels, et met à leur disposition des supports d'information, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé ».

3. Pour consulter les actes : <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2009/s4.asp>

4. Cette session s'est inspirée de la Conférence annuelle de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et du Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) de l'université du Québec à Montréal (UQAM) : Internet et santé (proposée lors des Journées annuelles de santé publique à Montréal en mars 2010), et du numéro spécial de la revue Santé publique consacré à cette thématique : *Internet et santé publique : pratiques, expériences et enjeux*. Santé publique, novembre-décembre 2009, hors-série : 154 p.

5. Pour consulter les actes : <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s9.asp>

Dossier coordonné par **Céline Deroche**, responsable du département Veille et documentation de l'Inpes, coordinatrice du réseau Spidoc. Avec la collaboration du département Veille et documentation de l'Inpes et du réseau Spidoc.

Promotion de la santé : état des lieux de l'information en France

Promouvoir la santé des personnes, c'est aussi leur donner un accès le plus large possible à l'information sur leur propre santé, comme le souligne avec force la charte d'Ottawa, référence en la matière. En France, les récentes lois de santé publique ont renforcé le droit du patient à être informé de son état de santé et, au-delà, le droit plus général de la population à accéder à une information fiable. Mais, comme le soulignait en 2009 le Haut Conseil de la santé publique, si les sources de données sont nombreuses, elles demeurent encore difficilement accessibles.

La Charte d'Ottawa¹ décrit « l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé » comme une condition nécessaire permettant aux individus d'opérer des choix, de participer et de contrôler les questions sanitaires, et donc d'atteindre un meilleur niveau de santé qualifié de « *potentiel de santé optimal* ». La promotion de la santé vise au développement individuel et social en offrant des informations. Cette mise à disposition de connaissances ne peut s'opérer sans l'aide de médiateurs adaptés : le secteur sanitaire, bien sûr, mais pas seulement. La Charte encourage et exige une action concertée de tous les intervenants du champ : gouvernements, secteurs de la santé, univers sociaux et économiques connexes, milieux associatifs et organisations non gouvernementales, organismes d'intervention régionale et locale, groupements professionnels, industrie, médias et bien entendu tout un chacun au niveau individuel, familial ou communautaire. Une infinité d'émetteurs et de diffuseurs d'information que nous souhaiterions observer. Notre ambition, dans cet article, sera donc de mettre en lumière les grandes évolutions en matière de valorisation de l'information santé et les tendances concernant au premier plan les professionnels dans leur mission de promotion de la santé.

Information santé et réglementation

Après des décennies de débats nourris sur l'accès à l'information médicale, la loi du 4 mars 2002 (dite « loi

Kouchner »²) consacre deux principes étroitement liés : le consentement libre et éclairé du patient et son droit à être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la santé publique). Préalablement obligation déontologique pour tous les médecins, la loi du 4 mars 2002 a choisi de renforcer ce principe : le patient doit ainsi désormais disposer de tous les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation médicale personnelle, pour pouvoir donner de manière libre et éclairée son consentement aux actes médicaux et aux traitements.

Accès aux données de santé

Les réformes de 2004³ viennent ajouter à cette volonté de rendre accessible l'information santé, avec l'obligation de mettre en œuvre des systèmes d'information pour les grandes structures sanitaires et sociales : transmission du dossier médical à tout malade ou à ses ayants droit. Ces mesures rendent possible l'accès aux données de santé, notamment à des fins de recherche (mise à disposition des données de l'Assurance maladie, création de l'Institut des données de santé, etc.). Les deux enjeux majeurs de cette nouvelle politique sont la protection de la santé publique et la régulation des dépenses de santé.

En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) conclut dans son rapport sur les systèmes d'information en santé publique⁴ que les sources de données sont nombreuses mais diffici-

lement accessibles et insuffisamment coordonnées. Il formule une série de recommandations visant à une meilleure coordination des systèmes d'information et incite les organismes producteurs et utilisateurs de données à développer des dispositifs d'observation et de surveillance systématiques.

Au travers de ce nouveau cadre réglementaire et technologique, se dessine un changement de paradigme : du devoir d'informer du professionnel de santé au droit de l'utilisateur du système de santé d'être informé. Cette transformation du paysage juridique laisse entrevoir une nouvelle perception des enjeux concédés à l'information santé et vient en appui aux nombreux dispositifs préexistants.

Information officielle

Nombreuses sont les sources d'information proposées par les organismes officiels, essentiellement les institutions, les grands organismes publics de santé comme le HCSP, les sociétés savantes et les grands éditeurs.

Les bases de données sont produites le plus souvent par des institutions ou des sociétés éditoriales ; elles ont pour vocation de recenser l'information. Elles peuvent signaler des données statistiques brutes, des données de santé/médicales, fondées sur des preuves (*evidence-based medicine*), des outils d'aide à l'action, recenser des interventions de terrain. De nombreux exemples sont proposés dans la seconde partie

de ce dossier. Revenons aux données statistiques⁵ : elles occupent une place toute particulière dans le champ de la santé, permettant d'établir des indicateurs nécessaires par exemple au déploiement d'actions de prévention : données produites ou réunies par des réseaux de surveillance (données de mortalité proposées par l'Inserm-CépiDc, etc), ou encore issues des enquêtes, qu'elles soient nationales (Enquête sur la santé de l'Insee/Drees, Baromètres santé de l'Inpes), européennes ou internationales (ex : *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), étude dirigée par l'OMS sur les comportements de santé à l'adolescence). Moteurs de recherche en santé, portails et répertoires permettent de retrouver cette information.

Grands organismes de santé

Outre la capacité de produire, collecter et mettre à disposition des données brutes, les grands organismes de santé disposent de moyens puissants pour relayer l'information. Les campagnes de communication figurant dans les différents programmes de santé publique sont l'un des outils privilégiés par les pouvoirs publics qui utilisent les différents espaces médias pour délivrer des messages.

Les stratégies de communication sont fondées sur une connaissance précise de l'opinion d'un public sur un sujet particulier. Il n'est pas rare que soient réalisées des enquêtes de type « KABP » (*Knowledge, Attitude, Belief and Practice*) mesurant les connaissances, attitudes, pratiques et croyances d'un public cible, avant de mettre en œuvre une campagne de prévention, estimant sa capacité à adhérer ou pas à une stratégie de communication.

Autre acteur phare, reconnu puisque ancré dans le paysage de la santé depuis parfois plus d'un siècle : les sociétés savantes. Ces associations d'experts, de chercheurs, permettent de confronter et d'exposer le résultat de leurs recherches *via* différents médias : revues, conférences, colloques et autres réunions scientifiques. Elles exercent une réelle influence dans l'univers de la santé publique. Prenons l'exemple de la Société française de santé publique (SFSP)⁶ : créée en 1877, elle regroupe différents acteurs de santé (scientifiques, professionnels de

terrain, politiques, acteurs économiques et du social), proposant ainsi une réflexion collective et interprofessionnelle, notamment par l'analyse critique des données et des faits scientifiques ainsi que des pratiques professionnelles. Cette démarche aboutit à la formulation de propositions à l'intention des décideurs, informe l'opinion publique sur les enjeux, les forces et les faiblesses des politiques publiques de santé.

Information non officielle

Lobbying, le mot est lâché⁷. Le terme anglo-saxon est avant tout utilisé par les médias français avec une connotation négative pour désigner des groupes visant à influencer les décisions du politique et du législateur. La plupart du temps, la pratique en elle-même du lobbying avance masquée, menée pour le compte d'industries dont certaines cherchent par ce biais à minimiser ou cacher l'impact de leurs produits. Ces groupes ont souvent des ressources financières nettement plus importantes que celles dont les organismes officiels disposent, d'où leur force d'impact.

L'information que diffusent ces groupes, au service de stratégies d'influence, doit être considérée avec précaution. Mais faut-il pour autant opposer catégoriquement les méthodes d'information des pouvoirs publics et celles des lobbyistes ? Les stratégies d'influence concernent potentiellement tous les acteurs connexes à la sphère sanitaire, chacun essayant finalement de se faire connaître et d'infléchir la décision publique. C'est ensuite au citoyen, au politique, de décider à partir de l'ensemble des éléments d'information en sa possession, la réponse face à cette profusion d'émetteurs n'étant autre que le débat. Aussi, aider le public et le politique à analyser cette information doit être le fer de lance des acteurs en santé et des professionnels de l'information.

Les médias, relais de l'information santé

Comment traiter la question des relais de l'information sans évoquer la presse écrite ? Commençons par la presse spécialisée dont les auteurs, issus de l'univers scientifique, s'adressent généralement aux professionnels du monde de la santé (*lire « Pour en savoir plus/Sélection de revues »*

page 39). Considérée comme une référence en matière de fiabilité scientifique, elle expose en effet des données sourcées qui peuvent ainsi être critiquées par d'autres spécialistes du domaine. Dans ces articles, les modalités de financement des recherches sont de plus en plus souvent mentionnées, ce qui représente une information précieuse lorsque les fonds proviennent d'organismes ayant des intérêts économiques. La presse généraliste, quant à elle, tient un autre rôle. Dans les années 1950, les rubriques santé sont confiées à des médecins dont l'exercice de vulgarisation permet de relayer la voix du corps médical. Durant les décennies 1980-1990, les crises sanitaires du Sida, du sang contaminé ou encore les conséquences sanitaires de l'explosion d'un réacteur de la centrale nucléaire de Tchernobyl provoquent un renouveau critique de la presse généraliste qui se positionne alors comme une contre-voix face aux décideurs politiques, aux acteurs de santé publique et aux chercheurs alors déstabilisés par ces affaires d'envergure. Désormais, la presse tente de prendre davantage en compte la diversité des acteurs et des points de vue.

Légitimisation des associations de patients

Autre effet de ces crises sanitaires : la légitimisation des associations de patients, qui ont alors su représenter les victimes en engageant notamment des batailles judiciaires. Elles sont désormais reconnues comme des acteurs fondamentaux de l'information santé.

Mais leur démarche dépasse la communication d'informations aux patients, aux familles ou aux pouvoirs publics. Elles placent en effet le patient, l'usager, au cœur du débat, le considérant comme un expert : véritable professionnel de sa pathologie, le plus à même de déterminer ses priorités en termes de qualité de vie. Prenons l'exemple du Ciss⁸ (Collectif interassociatif sur la santé). Il regroupe plus de trente associations et appuie sa crédibilité sur une approche complémentaire prenant en compte les personnes malades et handicapées, les consommateurs et les familles ainsi constitués en réseau et ce, à partir de réalités concrètes. Ainsi, le Ciss, à la fois collecteur, producteur, diffuseur et porte-parole de la connaissance en santé, a

acquis une véritable légitimité en matière de démocratie sanitaire⁹ qui lui permet d'influer sur l'adaptation du système de santé.

Internet, média vedette

Et l'Internet ? Devenu média vedette, il héberge la très grande majorité des sources d'information citées précédemment. D'après M. O'Neill¹⁰, au titre de nouveau « lieu central où la vie humaine se passe », Internet « transforme radicalement les conditions de production et d'utilisation du savoir ». Mais concentrons-nous sur les originalités permises par le web en matière de diffusion de l'information santé.

Commençons par la question de l'e-santé. Elle est définie comme « l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'ensemble des activités en rapport avec la santé »¹¹. La demande d'information en santé explosant, les TIC se doivent de proposer des services adaptés aux différents publics, qu'ils soient citoyens, professionnels de santé ou décideurs politiques, et recouvrir tous les objectifs possibles allant de l'aide à l'information, du diagnostic, à la prise en charge, au suivi, etc. Ce vocable recouvre donc des objets aussi variés que la télémédecine ou le système français de prise en charge administrative et des remboursements Sésame-Vitale de l'Assurance maladie.

Évoquons maintenant les dispositifs d'e-learning santé¹² : l'Université médicale virtuelle francophone¹³ regroupe actuellement trente-trois universités à dominante médicale et a pour mission de mettre en œuvre un centre de ressources interactif dans le domaine de la santé, un centre d'information et de prévention pour le public et un espace de diffusion et de promotion de la science médicale française dans le monde. Que l'interface soit destinée à un professionnel ou au grand public sur le web, dans la majorité des cas, c'est à l'internaute d'évaluer la pertinence et la fiabilité de l'information qu'il consulte ; les dispositifs d'e-santé visent un effort de labellisation : la démarche *Health On the Net* (HON)¹⁴, entre autres, est une référence largement admise pour les contenus de santé en ligne et les éditeurs médicaux.

Nouveaux espaces d'expression

Abordons maintenant le sujet des nouveaux espaces d'expression proposés par le web : blogues personnels, forums et réseaux sociaux participent, d'une manière certes moins formalisée que celle des associations de patients, à l'intervention dans le champ de la santé publique des malades, ou plus généralement de toute personne concernée par des problématiques de santé. Bien que n'entrant pas dans la sacro-sainte catégorie de « l'information validée scientifiquement », ces sources profanes représentent une mine d'informations sur les patients, leurs usages du système de santé, leurs représentations, que les chercheurs commencent à observer avec attention. Ces espaces d'expression laissent, en outre, augurer un fort potentiel d'action en promotion de la santé : l'intervention de professionnels de l'éducation pour la santé dans ces espaces s'avérerait plus pertinente que les grandes campagnes médiatiques pour amener des changements individuels de comportement¹⁵.

Conclusion

Le discours sur la santé, notamment en France, est largement détenu par les professionnels de santé et les groupes d'intérêt économique. Il appartient de le replacer dans son contexte, en encourageant la participation des citoyens. Les dernières décennies ont été marquées par la montée en puissance de l'Internet comme espace de diffusion et de valorisation de toute information ; la réduction de la fracture numérique représente donc un enjeu fort de démocratie sanitaire. Pour finir, nous citerons les propos fédérateurs d'A. Vial¹⁶ : « L'information, l'éducation et le vécu, voilà donc ce qui fait nos comportements de santé. Si l'on ne peut agir sur les deux derniers, c'est au contraire possible sur le premier, l'information. Certains l'ont compris, utilisent l'information pour promouvoir leurs idées ou leurs produits et obtiennent des résultats. Agir sur l'information, c'est déjà admettre son influence, identifier ses sources réelles et ses différents intermédiaires, connaître ses circuits et mécanismes, analyser ses flux et ses montages financiers. »

Céline Deroche

Responsable du département
Veille et documentation, Inpes.

1. OMS, *Santé et bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : OMS, 1986 : 3 p. En ligne : http://www.cres-rouen.org/eps_pdf/Charte_Ottawa.pdf [dernière consultation le 15/12/2010]
2. République française. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, 5 mars 2002 : p. 4118. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015>
3. République française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel, 11 août 2004 : p. 14277. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=9CA2F6CEB16EE9833C89356269955395.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT00000787078&categorieLien=id
4. Haut Conseil de la santé publique. Les systèmes d'information pour la santé publique. Paris : HCSP, 2009 : 41 p. En ligne : http://www.bcspr.fr/docspdf/avisrapports/bcspr20091111_sisp.pdf
5. Pour plus d'informations se reporter au chapitre « Principales sources de données identifiées » de la note 4.
6. <http://www.sfsp.fr/>
7. Lenglet R. Lobbying et Santé. Paris : Pascal, 2009.
8. <http://www.leciss.org/>
9. Pour en savoir plus sur la démocratie sanitaire, lire l'entretien avec Tim Greacen page 15.
10. Professeur titulaire en promotion de la santé et santé communautaire à l'université Laval à Québec.
11. Source : Commission européenne.
12. Dussart C., Petit C. E-learning et santé : de la recherche au terrain. Paris : Hermès et Lavoisier, 2007 : 230 p.
13. <http://www.umvf.org/>
14. <http://www.bon.ch>
15. Lustria M.L.A., Cortese J., Noar S.M., Glueckauf R. Computer-tailored health interventions delivered over the web: review and analysis of key components. Patient education & counselling, 2009, vol. 74, n° 2 : p. 156-173.
16. En quête d'une information médicale indépendante (1).

► Références bibliographiques

- (1) Information et santé [Dossier]. Sève, 2005 : 107 p. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-4.html>
- (2) Renaud L., dir. Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales. Québec : Presses de l'université de Québec, 2010 : 429 p. En ligne : http://www.grms.uqam.ca/upload/files/livres/Medias_sante_normes_soc_GRMS_2010.pdf
- (3) Internet et santé publique : pratiques, expériences et enjeux. *Santé publique*, novembre-décembre 2009, hors-série : 154 p.

« Apporter au citoyen les clés pour comprendre l'information sur la santé et la prévention »

C'est un véritable plaidoyer pour la transparence de la source d'information que formule Tim Greacen, représentant des usagers à l'hôpital européen Georges-Pompidou. Pour ce spécialiste, la démocratie sanitaire ne peut fonctionner pleinement que si tout intervenant, qu'il soit issu du public ou du privé, assume et déclare les intérêts qu'il peut avoir afin que le public puisse en apprécier les enjeux. Il s'agit pour l'ensemble des citoyens de pouvoir s'informer en toute transparence et en amont sur les intérêts pouvant exister au vu des prestations proposées, qu'il s'agisse d'information, de soins, de prévention ou de promotion de la santé. Il appelle de ses vœux une véritable éducation à l'information sur la santé, qui doit démarrer dès l'école, en développant, d'une part, l'esprit critique des plus jeunes et en leur donnant des clés pour savoir d'où vient l'information, d'autre part, leur esprit créatif, afin qu'ils construisent leur propre discours sur la santé et puissent devenir des acteurs efficaces et inventifs de leur bonne santé.

La Santé de l'homme : Vous affirmez que « toute information qui n'est pas créée avec la participation des usagers manque de légitimité pour les usagers ». Que voulez-vous dire ?

Je tire cette idée de mon expérience d'ancien président pour l'Ile-de-France de l'association de lutte contre le sida, Aides. Nous avons vécu, durant un temps, une confrontation entre des populations victimes d'exclusion sociale – homosexuels, usagers de drogues, migrants, avec une maladie inconnue, difficile à soigner, difficile à vivre, à survivre – et un système de santé peu habitué à cette époque-là à partager l'information, et d'autant moins à partager la réalité de son impuissance face à ce qui était alors inconnu.

Pour nous, associatifs engagés, l'objectif était bien de maîtriser cette information sur la maladie et de veiller à ce que chaque nouvelle découverte, chaque nouvelle approche possible soient accessibles aux personnes vivant avec le VIH. C'est-à-dire avoir un accès aux relais d'information afin de pouvoir mieux gérer les savoirs, dans nos

propres intérêts. Une information légitime doit faire l'objet de débats et être le fruit d'une réflexion partagée. L'objectif de notre association était bien de faire de notre mieux pour obtenir les éléments les plus bénéfiques pour l'intérêt de la personne concernée.

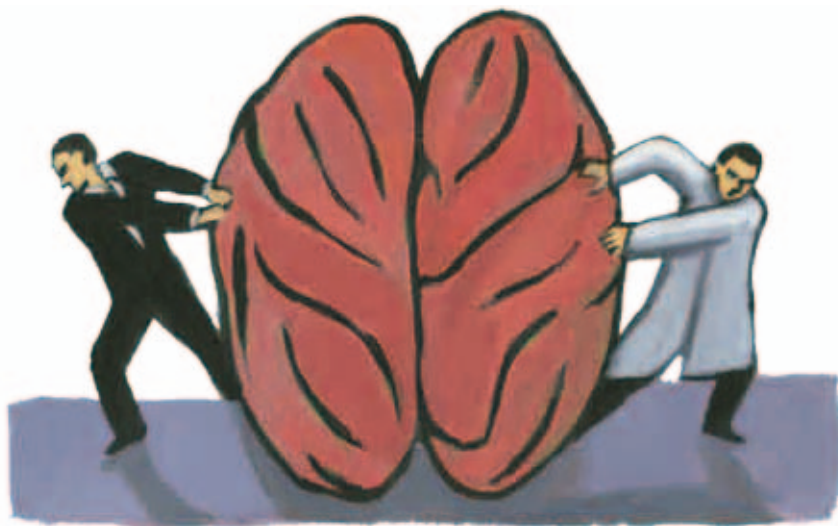
S. H. : Quel est votre regard sur l'information communiquée par les pouvoirs publics dans le domaine de la prévention ?

La situation est extrêmement complexe. Le discours sur la santé en France a été accaparé par les professionnels de santé depuis fort longtemps. Et il est indéniable et parfaitement légitime que l'accès aux savoirs soit piloté par des experts, notamment les communicateurs. Je pose alors une question : est-ce que prodiguer un enseignement est synonyme d'informer la population ? Ceux qui sont formés pour cela sont maîtres de leur discours. Ils savent reconnaître les origines des messages. Mais nous pouvons tout autant avoir confiance dans un message ou nous en méfier. Je crois avant tout que l'éducation pour la santé est fondamentale-

ment politique au sens noble du terme. Elle nécessite un débat entre citoyens. Et ce débat doit commencer dès l'école. Maîtriser les éléments de ce débat, reconnaître les intérêts des gens qui parlent, décrypter le discours, etc., nous devons donner aux citoyens les clés de la compréhension. C'est aussi, je pense, la fonction que doivent assumer les pouvoirs publics en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

S. H. : Considérez-vous que l'information donnée par les pouvoirs publics et celle générée par des groupes à intérêt économique ou autre sont bien identifiables ?

Il y a actuellement une énorme confusion qui provient, selon moi, de la non-obligation faite aux gens de déclarer leur(s) intérêt(s). L'industrie des produits et services touchant à la santé et à la maladie est basée sur l'idée que des produits, des services et des soins sont à la disposition des usagers. Cette industrie génère également de la recherche. En termes de prévention et d'éducation pour la santé, il est fait référence à l'idée que la promotion de la



santé est autant un bien individuel qu'un bien commun. Notre intérêt est de garder « notre bonne santé » en bien mangeant, bien bougeant. Les axes du bien-être sont consolidés, en termes de concept depuis les déclarations d'Ottawa. Mais qui doit maîtriser cette information ? L'industrie de la maladie pèse des milliards d'euros en recherche, en prestations diverses et variées, en investissements. Une grande partie du budget de l'Assurance maladie est dépensée sur ces postes. Alors que le concept de promotion de la santé rencontre toujours des difficultés à trouver sa place dans le milieu de la santé en France, nous estimons que, d'ici une dizaine d'années, l'industrie post-Ottawa, celle du bien-être, va atteindre les mêmes montants financiers. Toute l'industrie du bien-être, celle qui explique qu'il faut bien manger, bien bouger, y compris la communication, sera alors d'un poids équivalent. L'avenir, c'est la promotion de la santé. C'est le prochain champ d'investissement majeur de l'industrie de la santé.

S. H. : Y a-t-il une stratégie d'influence particulière en matière de promotion de la santé ?

Regardez la recherche privée commanditée par les industries. Ces dernières investissent très fortement le monde du bien-être, enjeu économique des années à venir. Ces recherches, au contraire de celles conduites pour le domaine public, sont plutôt secrètes. En revanche, les stratégies sur le marché, issues de ces recherches, sont de plus en plus lisibles. Que disent-elles ? Elles expriment l'idée qu'il est « *bien d'être*

bien » et non plus seulement (qu') « *il est bien de n'être pas ou plus malade* ». Cette stratégie d'influence est illustrée par de la promotion intense de produits nutritionnels et/ou d'activités physiques, voire mentales, de toute nature. Et cela marche. Aux États-Unis, on estime par exemple que deux tiers des personnes faisant leurs courses sont motivés dans leurs achats par un désir de promotion de leur santé sous toutes ses formes.

S. H. : Peut-on parler de lobbying en prévention ?

Incontestablement. L'industrie de l'alcool, par exemple, est productrice de messages de prévention qui sont souvent en adéquation avec une culture locale. Cette culture du « bien boire » si chère à des pays viticoles tels que la France, l'Italie, l'Espagne, etc., c'est le champ d'investigation et d'investissement de l'industrie de l'alcool. Si tout à coup nous prenions en compte le fait que l'alcool est très mauvais pour la santé et que nous l'interdisions à la vente, ce serait une catastrophe non seulement économique mais aussi culturelle pour toute une partie de la population. Les *lobbies* sont présents dans tous les camps, chez les producteurs certes, mais aussi chez les fondamentalistes anti-alcool, voire dans l'industrie des soins curatifs liés aux dégâts causés par l'alcool. D'où l'idée, essentielle, de déclaration de ses intérêts. Et, selon moi, un pays où l'État a un rôle fort sur la santé se doit de poser publiquement la question de la production du discours sur la santé. C'est l'État qui doit veiller aux conditions d'une vraie démocratie sanitaire.

S. H. : Qu'entendez-vous par « vraie démocratie sanitaire » ?

La notion de démocratie sanitaire existe bien avec la loi de 2002. Donner la parole aux usagers y est bien inscrit. Mais cette démocratie sanitaire doit aller plus de l'avant et investir de nouveaux champs. L'école, par exemple. Il est nécessaire d'apprendre aux enfants et aux adolescents à identifier les émetteurs des messages, à décrypter les intérêts derrière chaque message, chaque publicité, chaque information, même scientifique ou administrative. Former les jeunes à comprendre, à aimer le débat contradictoire, à intervenir, à créer ensemble de nouveaux messages, etc., c'est utile pour leur bien-être aussi. Cela suppose que nous osions remettre en jeu tout ce qui est magistral et que le rôle de l'enseignant devienne, surtout, facilitateur du discours de l'enfant. Permettons aux jeunes de débattre et de jouer tous les rôles. Je pense que c'est comme cela que se construit un discours démocratique.

S. H. : Existe-t-il de nouvelles voies pour une participation citoyenne à l'information ?

Oui. En matière de santé, je crois à la notion de droit à la formation tout au long de sa vie. Il s'agit de renforcer les connaissances et les compétences de chacun, de donner des espaces aux personnes à tous les âges de leur vie pour que cette démocratie sanitaire puisse exister par le débat. Il est aussi important de dire que ce débat ne va pas être consensuel. Il est certes alimenté par des scientifiques, mais il est aussi partagé par les usagers, les bénéficiaires, les cibles de l'action de prévention ou de promotion de la santé. Il y aura des personnes qui exprimeront leur désaccord et c'est tant mieux. Prenons le cadre de l'emploi. Il me semble essentiel que les entreprises proposent à leurs salariés des temps de discours sur la santé. Une sorte de temps participatif sous forme de médiation, produisant du discours, de la discussion et non pour consommer du message. Tout le monde, quelle que soit sa position sociale, pourra alors faire un bout de chemin. Ensemble. Semblable. Différent.

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

« Le lobbying de santé publique est une nécessité face aux producteurs d'alcool »

Il y a vingt ans, le contre-lobbying des défenseurs de la santé publique était inexistant au niveau européen face au lobbying des producteurs d'alcool. Le docteur Michel Craplet, de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, souligne l'importance d'informer les décideurs politiques et les professionnels de la santé et de la communication, en contrepoint des moyens considérables de lobbying dont disposent les producteurs d'alcool.

La Santé de l'homme : Quelle est l'ampleur du lobbying de l'alcool en Europe ?

Le lobbying des producteurs d'alcool est très important. Si l'on se place au niveau européen, pendant des décennies, les instances du Parlement européen et de la Commission européenne ont été submergées par les communications des producteurs et de leurs alliés et il n'y avait pas de contre-lobbying de santé publique ! C'est seulement depuis vingt ans que nous faisons ce travail. Nous avons créé, au niveau européen, l'organisme Eurocare qui a commencé à travailler auprès du Parlement et de la Commission pour donner l'avis des tenants de la santé publique. Nous considérons que la dérégulation et le grand marché européen portaient des coups aux politiques de prévention nationales et nous pensions qu'il fallait intervenir au niveau européen et que cela pouvait apporter une plus-value.

S. H. : Pourquoi agir au niveau européen ?

L'obstacle est double : d'une part, les politiques de santé publique ne sont pas une compétence européenne, d'autre part, toutes les actions que l'on peut entreprendre doivent respecter le grand marché et son article 95 de libre circulation des produits et des services. Or, ce qui est bon pour le marché – libre circu-

lation et dérégulation – ne l'est pas pour la santé. Comme l'Union européenne n'a pas de compétence en santé, les instances européennes se défaussent sur les États membres et demandent donc à chaque pays d'agir à son niveau au nom du principe de subsidiarité (*NDLR : on ne mène des politiques communes que dans les domaines où cela apporte une valeur ajoutée de travailler ensemble*). Or, nous soutenons au contraire depuis vingt ans qu'il faut agir au niveau européen, que c'est plus efficace et que c'est absolument nécessaire, dans la mesure où les produits et services – publicité et marketing notamment – circulent de plus en plus librement par-dessus les frontières avec les moyens technologiques modernes et ne respectent absolument pas les règles en matière de prévention que souhaite s'assigner un pays.

S. H. : Qu'avez-vous obtenu à ce jour en tant que contre-lobbyiste ?

Notre première avancée majeure a été de réussir à inscrire l'alcool sur l'agenda européen, c'est-à-dire d'amener la Commission européenne et le Parlement européen à s'y intéresser. En 1995, seule l'OMS Europe s'intéressait à la question ; c'est suite à un congrès organisé à Paris par cette instance sur la question de l'alcool que l'Union européenne a commencé à s'y impliquer, par le biais du *binge-drinking* chez les adolescents. Une façon d'entrer dans le sujet insuffisante et regrettable car, sur la pré-

vention de l'alcool, il est plus pertinent d'avoir une approche globale plutôt que de parler seulement de la consommation des jeunes. L'essentiel des résolutions de l'Union européenne (Commission et Conseil des ministres) ne traite que de la consommation chez les jeunes. Or, si l'on n'agit pas sur un plan global, on n'obtient pas de résultats et cela peut même être contreproductif de cibler trop et de stigmatiser une population. L'Union est entrée dans le sujet *via* la population des jeunes, au moins s'est-elle saisie du sujet. Le Parlement européen s'est mobilisé sur la question des premix et des alcopops – qui n'ont d'ailleurs pas eu d'influence considérable en France et c'est une bonne chose – et a signé une pétition pour que la question soit traitée. Aucune décision n'a été prise mais cela a été l'occasion de montrer que certains producteurs n'avaient aucune limite et que la santé publique n'était à aucun moment prise en compte face à l'économie. Cela a permis de montrer du doigt certaines actions de marketing de producteurs qui sont à la limite de la légalité et qui parfois ne respectent pas la loi. Cette mobilisation européenne a clairement joué une fonction d'alerte.

S. H. : Que faudrait-il faire en priorité au niveau européen ?

Le Conseil des ministres de l'Union européenne s'est bien doté d'une stratégie en matière de prévention de l'alcool,



mais l'essentiel de cette stratégie est de dire aux États membres : « *Attention, faites quelque chose* ». Cette résolution est donc insuffisante à nos yeux. Seconde décision prise : l'Europe a mis en place un forum « alcool et santé », table ronde qui réunit les producteurs et les tenants de la santé publique et qui se réunit depuis trois ans en présence des fonctionnaires de la Commission ; les institutions européennes espèrent que les producteurs et les tenants de la santé publique vont travailler ensemble. C'est très difficile car, si d'un côté, effectivement certains producteurs sont prêts à jouer le jeu, de l'autre, le lobbying intensif des producteurs continue à se dérouler et trouve une audience. À titre d'exemple, début décembre 2010, nous, les contre-lobbyistes tenants de la santé publique, n'avions toujours pas obtenu de rendez-vous auprès du commissaire européen à la santé nommé il y a environ un an.

S. H. : Quelle mesure préconisez-vous pour développer la prévention au niveau européen ?

Parallèlement à la stratégie et au forum mis en place par l'Union européenne, le

lobbying – souterrain ou pas – des producteurs d'alcool se poursuit et c'est sans doute la raison pour laquelle le dossier de la prévention de l'alcool progresse peu au niveau européen.

Il nous semble que, pour avancer, il faudrait obtenir des mesures symboliques fortes : ainsi la loi Evin pourrait être, sinon un modèle, tout au moins un objectif à mettre en place au niveau de l'ensemble de l'Union européenne. Pour montrer la difficulté de concilier le grand marché économique européen avec sa libre circulation et la santé publique, rappelons que la loi Evin avait longtemps été considérée comme « un frein » par l'Union, avant qu'elle ne soit déclarée compatible avec les lois européennes par la Cour de justice européenne. Cette non-reconnaissance de la loi Evin a, pendant longtemps, donné des arguments aux producteurs pour tenter de ne pas prendre en compte les questions de santé publique. Force est de constater que la stratégie retenue par l'Union européenne à ce jour – progresser en matière de prévention en misant sur l'autorégulation des producteurs d'alcool – ne fonctionne pas parce que certains producteurs ne respectent pas les règles du jeu ni la loi.

S. H. : Quelle autre mesure de prévention vous semble souhaitable ?

Instaurer un taux d'alcoolémie unique au niveau européen. Cela fait plus de vingt ans que nous plaidons, sans succès, pour cette mesure fortement symbolique. Alors que les citoyens européens circulent désormais sur des routes européennes sans frontières, nous ne voyons pas pourquoi l'on peut passer d'un taux de 0,2 g à 0,8 g d'un pays à l'autre. Certes, la plupart des États membres sont à 0,5 g et la variation n'est donc pas considérable pour la majeure partie des pays. Mais trois pays de l'Union – Royaume-Uni, Irlande et Malte – résistent très fortement. Le Royaume-Uni fait valoir – non sans pertinence – son faible niveau d'accidents sur les routes. Car il est vrai qu'il ne suffit pas d'adopter un taux d'alcoolémie sévère : tout dépend de l'application de la loi (fréquence des contrôles, etc.) et de la lourdeur des sanctions.

S. H. : Et la France ?

C'est une terre d'importants paradoxes en matière de prévention de

l'alcool. Paradoxe entre, d'une part, un lobbying très puissant des producteurs d'alcool, l'importance économique et culturelle de l'alcool dans notre pays et, d'autre part, une législation à la pointe de l'Europe en matière de prévention dans certains domaines. Ainsi, avec la loi Evin, la France possède la législation la plus restrictive – et donc la plus favorable à la prévention – de tous les pays de l'Union européenne.

Autre exemple : la France a instauré une information des femmes enceintes sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, avec l'apposition du pictogramme femmes enceintes sur les conditionnements d'alcool ; or, aucun autre pays européen n'a pour l'instant réussi à le faire, malgré les tentatives de certains membres du Parlement européen dans ce sens. Ceci démontre que la France peut montrer l'exemple à suivre.

S. H. : N'y a-t-il pas disproportion de moyens entre contre-lobbyistes de la santé publique et producteurs d'alcool ?

Au niveau européen, il ne faut effectivement pas sous-estimer la puissance de l'industrie de l'alcool, en général adossée au sein d'importantes multinationales. Ce secteur suit une logique industrielle implacable et certaines de ces entreprises vont accepter de courir les risques de lancer, par exemple, une campagne publicitaire illégale, après avoir évalué le rapport bénéfice-risque d'une telle stratégie de marketing et escompté qu'elle pouvait être économiquement payante. Ils acceptent la perspective éventuelle d'être condamnés car, en contrepartie, cela leur aura rapporté gros. Ces grandes entreprises regroupent des forces commerciales et financières considérables, au vu desquelles effectivement nous, contre-lobbyistes, disposons de faibles ressources ! Pourtant, le lobbying de santé publique est une nécessité face aux actions des producteurs d'alcool et à l'indifférence de la plupart des responsables politiques.

Propos recueillis par Yves Géry

Pour en savoir plus :
mcraplet@anpa.asso.fr

Entretien avec le professeur Gérard Dubois, service de santé publique, hôpital Nord à Amiens (Somme), président d'honneur de l'Alliance contre le tabac et du Comité national contre le tabagisme

« Face au lobby du tabac, délivrer une information de santé publique crédible et vérifiée scientifiquement »

Comment informer sur le tabac ? Sur cette question de santé publique comme sur toutes les autres, il existe, d'un côté, l'information délivrée par les industriels, de l'autre, celle dispensée par les tenants de la santé publique. Lobbyistes et contre-lobbyistes s'affrontent depuis des décennies, défendant des intérêts diamétralement opposés. Le professeur Gérard Dubois est très impliqué dans le lobbying de santé publique contre le tabac. Il souligne que le lobbying des industriels est tout aussi puissant qu'avant mais beaucoup plus discret. Ce lobbying a notamment recours à des porte-voix, qui peuvent être des organismes créés de toutes pièces pour défendre le point de vue des industriels.

La Santé de l'homme : Comment définissez-vous le lobbying face à une question de santé publique ?

Le lobbying ce n'est pas seulement informer, c'est tenter d'influer sur les décisions. On peut influencer de plusieurs manières : directement par soi-même, et indirectement *via* des organisations professionnelles de lobbying, ou en finançant des organisations qui vont parler pour vous. Les Anglo-Saxons appellent cela des « *front groups* ».

L'industrie du tabac utilise les trois stratégies depuis toujours. Dans un ouvrage (1), j'ai publié deux documents internes de l'industrie du tabac qui ont été rendus publics après une décision judiciaire américaine en 1998. Ils mettent à nu les pratiques de lobbying édifiantes de l'industrie du tabac. Ces documents dévoilent leur stratégie, avec un schéma datant des années 1980 du lobbying d'une compagnie qui explique qu'il faut influencer tous azimuts : les médias, les groupes idéologiques – notamment les libertariens opposés aux décisions d'interdiction de la société –, des économistes, des hommes politiques, les électeurs, etc. Un autre document explique

comment s'y prendre pour influencer les hommes politiques et les décisions législatives : c'est très intéressant car le législateur est au milieu du schéma, entouré de multiples modalités d'intervention. Tous les moyens sont suggérés, y compris la subversion. Ce lobbying peut être très ciblé : à titre d'exemple, aux États-Unis, un industriel du tabac finançait les associations de pompiers pour tenter de dédouaner ou minimiser l'impact de la cigarette qui serait la première cause d'incendie.

Alors, bien sûr, ces méthodes dénoncées à l'époque n'ont plus forcément cours sous la même forme. Mais, quelle que soit la définition du lobbying que l'on retient, l'industrie du tabac l'a toujours pratiquée à l'excès. Ainsi, par exemple, partout elle démarche des hommes politiques ou des groupes pour en faire des porte-voix de ses intérêts.

S. H. : Comment le lobbying des industriels du tabac a-t-il évolué récemment ?

Depuis un peu plus d'une décennie, l'image de l'industrie du tabac est tellement négative qu'ils ne communiquent plus directement avec le grand public.

Ainsi, par exemple, dans les émissions de télévision qui les concernent, ils refusent d'être présents. Mais pour autant le lobbying reste pour eux essentiel et ils continuent de le pratiquer autrement : ils utilisent massivement et de plus en plus des porte-voix, personnes ou organisations qui vont parler pour eux. En France, c'est le cas de la Confédération des ruralistes de France qui, depuis une dizaine d'années, défend publiquement les intérêts de l'industrie du tabac et reçoit des financements de cette industrie.

Autre stratégie qui s'est développée au cours des dernières décennies : l'industrie du tabac crée des organismes sur mesure qui vont faire du lobbying sans que l'on sache qu'elle les finance et qu'ils lui servent de relais. Lors d'une discussion dans le cadre de la convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte anti-tabac, nous avons découvert un document démontrant que l'*International Tobacco Group* (ITG), qui parle au nom des planteurs de tabac, a été créée de toutes pièces par l'industrie du tabac pour faire du lobbying en faveur de ses intérêts. De la même façon, nous avons découvert, lors des débats autour des

conséquences du tabagisme passif, qu'une organisation internationale d'hôtels et de restaurants avait été créée par l'industrie du tabac. Globalement, en France et en Europe, l'industrie du tabac continue de faire du lobbying, de manière beaucoup plus discrète mais tout aussi efficace.

S. H. : Comment le lobbying de l'industrie du tabac a-t-il été contre-carré au niveau européen ?

Les résultats les plus spectaculaires ont été obtenus par l'Office de lutte antifraude (Olaf) de l'Union européenne, pas sur le lobbying directement, mais sur la lutte contre la contrebande. L'Olaf a, depuis les années 2000, porté plainte au civil aux États-Unis contre plusieurs grandes compagnies, notamment pour « organisation de la contrebande », et, suite à des négociations de gré à gré, la plus importante des compagnies concernées a accepté de payer plus d'un milliard de dollars, paiements étalés sur douze ans. Suite à l'enquête de l'Olaf, c'est en fait l'Union européenne, appuyée par dix États membres dont la France, qui avait déposé plainte contre deux cigarettiers. Pour l'Union, il s'agissait de récupérer ainsi les taxes qui n'avaient pas été acquittées puisque les cigarettes de contrebande échappent bien entendu à toute fiscalité.

S. H. : La convention cadre de l'OMS ne représente-t-elle pas une avancée majeure pour prendre en compte la santé publique face aux dangers du tabac ?

Sur le plan du lobbying, l'outil le plus élaboré de lutte est effectivement la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, entrée en vigueur au niveau international depuis 2005. Cette convention, dont la France a été l'un des premiers signataires, s'engage notamment *via* son article 5.3 à maintenir l'indépendance des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie du tabac. Cela signifie que les pays qui l'ont ratifiée acceptent de maintenir les industriels du tabac à distance des décisions politiques, puisque ce traité a un caractère contraignant et engage donc les signataires. Mais, dans la pratique, la convention n'a pas supprimé le lobbying ni les tentatives d'influer les décisions politiques dans les pays signa-



taires, loin s'en faut. À souligner que cette convention a des missions beaucoup plus larges que la lutte contre le lobbying de l'industrie du tabac : elle participe à faire évoluer les législations au niveau international, en mettant en avant le seul intérêt de la santé publique.

S. H. : Vous êtes l'un des contre-lobbyistes les plus en vue dans la défense de la santé publique, que répondez-vous à vos opposants qui vous qualifient d'intégriste de la législation et portant atteinte aux libertés individuelles ?

L'argument a effectivement souvent été utilisé par le lobby du tabac et par ses défenseurs pour tenter de nous décrédibiliser. Mais cet argument ne fonctionne plus auprès des médias et du grand public car, désormais, c'est l'industrie du tabac elle-même qui est en perte de crédibilité, ce depuis une bonne décennie. L'accusation d'intégrisme est infondée et facile, ce n'est pas nous qui avons un comportement anormal mais l'industrie du tabac elle-même. La plus ancienne organisation de lutte contre le tabac est le Comité national contre le tabagisme (CNCT), créé en 1868. Parmi toutes les associations qui luttent contre le tabac à des fins de santé publique, on peut citer, en France, l'Alliance contre le tabac qui réunit une trentaine d'associations pour lesquelles l'accusation d'intégrisme est farfelue :

Fédération française de cardiologie, Ligue nationale contre le cancer, etc. Il en est de même au niveau international où les associations réunissent les défenseurs de la santé publique, sans aucune composante intégriste. À titre d'exemple, la *Framework Convention Alliance* (FCA) regroupe plus de trois cents associations au niveau mondial dont l'Alliance contre le tabac, le CNCT et Droits des non-fumeurs pour la France ; elle prend des positions concernant l'évolution des textes du Traité. De la même manière, au niveau de l'Europe, le Réseau européen de prévention du tabagisme (REPT), dont nous faisons partie, défend des positions de santé publique.

En conclusion, le lobbying de santé publique sur le tabac est bien organisé aux niveaux français, européen et international. Il fait office de contre-pouvoir indispensable. Nous délivrons une information crédible et vérifiée scientifiquement, ce qui nous différencie du lobbying industriel. Une autre différence majeure, ce sont nos moyens qui demeurent très modestes au regard des moyens considérables déployés par l'industrie du tabac.

Propos recueillis par Yves Géry

(1) Dubois G. Le rideau de fumée. Les méthodes secrètes de l'industrie du tabac. Paris : Seuil, 2003 : 369 p.

Internet : un rôle croissant dans l'information et l'intervention en santé publique

Au cours de la dernière décennie, l'Internet est devenu un vecteur majeur de l'information en santé publique. La toile ne se contente pas d'informer, elle est aussi un outil de prévention et de promotion de la santé, donnant des conseils en ligne qui peuvent être dispensés par des professionnels mais aussi par des industriels. L'un des problèmes majeurs est d'identifier l'émetteur d'une information. Ainsi, par exemple, certains forums sont instrumentalisés par des intervenants qui profitent de l'anonymat – et de l'absence de véritables modérateurs – pour défendre des intérêts masqués. L'outil n'en est pas moins irremplaçable et d'une très grande utilité, à condition de l'aborder avec prudence et recul.

Depuis plusieurs années, l'Internet a investi le champ de la santé, transformant les processus de construction et de circulation des savoirs, les relations entre les acteurs et les pratiques de santé¹. L'Internet comme source d'information du public, sur les maladies, les traitements, les facteurs de risques, les ressources professionnelles et les établissements, d'une part, et, d'autre part, l'Internet comme outil de travail collaboratif pour les différents professionnels de santé, engendrant une réorganisation de certaines pratiques professionnelles, figurent parmi les deux principaux axes de transformation, connus et reconnus par les professionnels et les chercheurs du champ de la santé publique.

L'Internet dédié à la santé s'est ainsi constitué, au cours de la dernière décennie, comme un objet de recherche à part entière. Une recherche rapide sur les principales bases de données bibliographiques génère des milliers de références discutant de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC), plus particulièrement de l'Internet, en lien avec la santé. La spécificité de la recherche sur l'Internet et la santé est d'être multidisciplinaire ; médecine, sociologie, psychologie, géographie, sciences de l'éducation, sciences de l'information,

etc., figurent parmi les principaux champs de recherche. Il est ainsi tentant de voir apparaître un nouveau champ de recherche que l'on peut étiqueter de *e-health studies* (1). Selon le portail de la Commission européenne dédié à la Société de l'information, *e-health* – ou santé en ligne, ou encore « e-santé » – renvoie à l'application des TIC à l'ensemble des fonctionnalités qui touchent à la santé des citoyens et des patients.

Outil d'information... et de communication

Cette définition de la santé en ligne reflète le souci d'innovation dans l'organisation des services de santé, incluant les possibilités des technologies de l'information et de la communication et ce, pour un large panel de professionnels de la santé et des soins, mais aussi pour les décideurs politiques, les gestionnaires de santé et, plus généralement, pour les patients et le public. Ce qui est plus particulièrement en jeu et qui a le plus mobilisé les chercheurs en sciences sociales, c'est l'utilisation de l'Internet et des médias électroniques dans la communication des services de santé et dans l'information en lien avec la santé (2). Actuellement, l'Internet apparaît en effet comme un élément incontournable des services de santé, notamment dans les

relations des administrations en charge de la santé avec le public et, plus généralement, de la gestion personnelle de la santé.

Support pour les interventions de santé publique

L'utilisation de l'Internet en tant que support pour des interventions de santé publique à visée essentiellement préventive constitue un troisième axe de transformation, qui a été moins exploré. Les pratiques et les expériences de l'Internet en santé publique restent ainsi assez peu documentées dans la littérature scientifique, notamment francophone. Et ce, alors même que l'outil suscite un intérêt manifeste chez les professionnels développant des interventions de prévention et de promotion de la santé. Cet intérêt des professionnels découle tout d'abord de la popularité de l'Internet auprès du public pour la recherche d'informations sur la santé et de son potentiel de diffusion rapide et à grande échelle. Les propriétés interactives de l'outil rendent par ailleurs possible l'instauration de communications personnalisées avec les publics cibles, qui semblent plus efficaces que les interventions médiatiques à large diffusion pour amener des changements de comportements (3-5). De plus, la recherche d'informations en ligne

constitue généralement une démarche active de l'utilisateur, ce qui a pour conséquence d'en améliorer la réception. Enfin, l'outil offre une certaine garantie d'anonymat, caractéristique valorisée par certaines populations qui peuvent craindre de faire l'objet de discrimination, et pour certaines problématiques de santé comme, par exemple, la santé sexuelle, la toxicomanie et la santé mentale.

Internet, vecteur de prévention et de promotion de la santé

Les interventions en ligne peuvent prendre différentes formes : actions d'éducation à la santé, programmes de prévention, promotion de la santé et sensibilisation aux risques de santé, dispositifs d'accompagnement mais aussi d'intervention dans la prise en charge d'une maladie chronique ou « simples » relais d'information pour des populations isolées ou marginalisées. Les interventions qui visent la promotion de saines habitudes de vie, parmi les plus documentées, concernent notamment l'arrêt du tabac, l'engagement dans l'activité physique, la saine alimentation et la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (6-9). Ces interventions, qui ont largement ciblé les jeunes publics, misent de plus en plus sur le potentiel qu'offrent les médias sociaux, notamment les activités de réseautage, dont les usages se développent dans tous les pays et semblent traverser les barrières sociales.

Toutefois, de manière générale, les actions utilisant l'Internet comme outil de prévention et de promotion de la santé restent malgré tout assez peu relayées et insuffisamment documentées. Il serait important de recenser l'ensemble des domaines et des populations ciblés mais aussi de mieux répertorier les objectifs visés, de cerner les processus de développement des interventions (qui sont les professionnels concernés ? S'appuient-ils sur des modèles d'intervention ?) et les activités de l'Internet qui sont privilégiées. Il serait également utile de mieux identifier les interventions les plus efficaces pour changer les comportements et les plus attractives pour les populations, et de voir aussi comment elles se comparent et s'articulent aux modes plus traditionnels d'action (10). Enfin, il importe de savoir si les interventions de santé publique en

ligne ne risquent pas de creuser l'écart entre les utilisateurs, tant les usages et les capacités d'appropriation de l'information relative à la santé semblent varier selon le niveau de scolarité (11).

Panorama des usages de l'Internet santé

La seconde partie de cet article dresse un panorama des usages de l'Internet santé. L'Internet comme source d'information en santé n'est plus une nouveauté. Objet du quotidien, tant dans la sphère professionnelle que privée, l'Internet est omniprésent et ses usages en tant qu'outil d'information dans le champ de la santé et de la maladie sont aujourd'hui devenus routiniers. Cette routine n'est cependant pas sans poser certaines questions. D'une part, la place prédominante qu'occupe le médium interroge les manières dont la santé et/ou la maladie se vivent aujourd'hui : la diffusion rapide d'informations auprès du plus grand nombre crée à la fois l'émergence de nouvelles pratiques – que ce soit du point de vue du public et des patients que des professionnels mais également des pouvoirs publics, des associatifs, etc. – et de nouvelles zones d'incertitudes.

Certes, les travaux de recherche – principalement anglo-saxons, plus récemment francophones – sont nombreux à analyser l'usage de l'Internet dans le champ de la santé et de la maladie. Progressivement démystifié et considéré comme facteur de progrès tant par les patients/usagers que par les professionnels du soin et de la santé, il n'en reste pas moins que ses usages sont multiples, voire complexes, touchant des populations très différentes. Ses développements sont rapides, ses impacts encore difficilement mesurables, l'information qu'il véhicule semble parfois hors contrôle, etc. Dans ce contexte, il est important de mieux comprendre les usages de l'Internet santé.

Études et enquêtes montrent que les usages de l'Internet sont variés et que le chercheur d'information santé-maladie sur l'Internet ne correspond pas à un profil unique. Si la survenue d'une maladie est souvent le déclencheur d'une recherche sur Internet, les motivations et les raisons de consulter des sites proposant de l'information

santé-maladie sont aussi variées que les parcours de santé ou de maladie des internautes. Il est possible cependant de distinguer trois types d'usages : recherche d'informations, échange d'expériences, participation à la construction des savoirs.

Recherche d'information

On peut distinguer premièrement la recherche d'information pure : il s'agit de se documenter, de mieux comprendre une pathologie, une maladie, un problème de santé récemment diagnostiqué chez soi ou chez un proche. Le problème peut être plus ou moins grave et engendrer une recherche d'information occasionnelle ou plus régulière. Ces recherches d'information sont rarement isolées et émanent d'une démarche plus large : autres médias, réseaux familiaux et amicaux mais surtout rencontres avec des professionnels viennent compléter des recherches sur Internet.

La recherche d'information concerne également les services : une adresse d'un spécialiste à proximité, un établissement pouvant accueillir un proche, etc. La démocratisation de l'Internet pousse en effet les établissements de soins et de santé à disposer d'un site Internet diffusant l'information nécessaire à l'utilisateur.

La recherche d'information peut enfin relever d'un intérêt personnel pour les questions de santé et de bien-être. Dans un contexte où est promue une meilleure alimentation (par les professionnels de santé, par les pouvoirs publics, etc.) et où le corps sain – actif, voire productif – devient la norme et est sans cesse valorisé, les individus abordent la santé comme un aspect essentiel du quotidien à préserver, notamment *via* l'alimentation. La recherche d'information sur l'Internet peut alors être distincte d'un problème avéré. Il est ainsi erroné de voir cette recherche comme étant le fait unique de patients, de malades ou de leurs proches. Cependant, la frontière est mince : à partir de quel moment une information sur l'alimentation relève-t-elle du seul bien-être ou de la médecine ? Ce flou est un enjeu important, nombre d'acteurs en jouant, notamment les industriels produisant de l'information à caractère scientifique, afin de promouvoir et vendre des produits santé et bien-être.

Échange d'expériences

L'usage longtemps décrié sur l'Internet est celui de l'échange d'expériences entre non-professionnels sur des questions de santé et de maladie. Les forums toujours très actifs, rejoints par les blogues et plus récemment par les réseaux sociaux, permettent une facilité et une multiplication des échanges. Si l'échange d'expériences en matière de santé et de maladie est une pratique traditionnelle dans l'espace domestique, l'Internet change quelque peu la donne :

- on échange avec des personnes rencontrées sur l'Internet et non intégrées à un réseau familial ou amical ; certes, l'échange peut créer de nouveaux liens et réseaux, mais il sera nécessairement de nature nouvelle ;
- on échange rapidement et de manière contradictoire. Les forums se veulent des espaces libres d'expression (dans la limite du respect d'autrui, les modérateurs de forums s'en tenant souvent à la simple exclusion de messages racistes, etc.) où chacun peut s'exprimer et donner son opinion. Bien que certaines études montrent une construction de discours assez uniforme et proche du discours biomédical, le principe d'échange reste celui du débat ;
- ces espaces sont ouverts et ne demandent qu'une identification *a minima*. Il est démontré aujourd'hui que sont présents dans les forums les producteurs de biens et services en santé (dont les médicaments) sous le masque de participants lambda aux forums.

Participation à la construction des savoirs

Enfin, il est essentiel de reconnaître aujourd'hui un usage particulier de l'Internet santé, celui de la participation à la construction des savoirs. Cet usage peut revêtir plusieurs formes, une des premières étant la participation aux forums. Le web 2.0. a accéléré cette tendance : web participatif, il permet la contribution directe de l'internaute au contenu, l'exemple par excellence étant *Wikipédia*.

En matière de santé, deux usages font maintenant autorité :

- les sites Internet permettant d'évaluer un établissement de santé, un professionnel, etc. ;
- les sites communautaires de patients tels que www.patientslikeme.com

permettant aux patients d'échanger leurs expériences et ainsi de proposer un contenu structuré autour de pathologies ou de traitements.

Au-delà, il convient de considérer les logiques de ces usages. À partir d'une enquête menée au Québec, Marc Lemire distingue trois logiques, qu'il qualifie de logiques de responsabilisation et qui ne sont pas exclusives. La première est la logique professionnelle : il s'agit de mieux comprendre, d'être mieux informé en lien avec ce que les spécialistes médicaux et de la santé apportent. La deuxième est une logique consumériste où le jugement personnel prime, la consultation des sites Internet permettant de se forger une opinion personnelle sur tel sujet ou tel aspect d'un problème. Enfin, une logique communautaire est identifiée où le partage d'expériences et l'entraide au sein de certains forums sont

privilegiés. Chacun des usages peut se comprendre et doit être compris, au travers de ces trois logiques, montrant ainsi la complexité des pratiques.

Joëlle Kivits

Rédactrice en chef adjointe,
Revue *Santé publique*,
Société française de santé publique,
Vandœuvre-lès-Nancy.

1. La première partie de cet article reprend des extraits d'un article publié dans la revue *Santé publique*. Kivits J., Lavielle C., Thoër C. *Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux*. Santé Publique, 2009, vol. 21, hors-série n° 2 : p. 5-12.
En ligne : www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-bs2-page-5.htm

► Références bibliographiques

- (1) Kivits J. E-health and renewed sociological approaches of health and illness. In : Prior N., Orton-Johnson K. (Eds.) *Rethinking Sociology in the Digital Age*. Palgrave, (à paraître).
- (2) Gustafson D.H., Wyatt J.C. Evaluation of Ehealth Systems and Services. *British medical journal*, 2004, vol. 328, n° 7449 : p. 1150.
- (3) Lustria M.L.A., Cortese J., Noar S.M., Glueckauf R. Computer-tailored health interventions delivered over the web: Review and analysis of key components. *Patient education & counseling*, 2009, vol. 74, n° 2 : p. 156-173.
- (4) Neuhauser L., Kreps G.L. Rethinking communication in the e-health era. *Journal of health psychology*, 2003, vol. 8, n° 1 : p. 7-23.
- (5) Norman G.J., Zabinski M.F., Adams M.A., Rosenberg D.E., Yaroch A.L., Atienza A.A. A review of eHealth interventions for physical activity and dietary behavior change. *American journal of preventive medicine*, 2007, vol. 33, n° 4 : p. 336-345.
- (6) Bailey J.V., Murray E., Rait G., Mercer C., Morris R.W., Peacock R., et al. Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. N° CD006483 (doi :10.1002/14651858.CD006483).
- (7) Tate D.F., Wing R.R., Winett R.A. Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *Journal of the American medical association*, 2001, vol. 285, n° 9 : p. 1172-1177.
- (8) Wantland D.J., Portillo C.J., Holzemer W.L., Slaughter R., McGhee E.M. The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *Journal of medical Internet research*, 2004, vol. 6, n° 4 : e40.
- (9) Woodruff S.I., Conway T.L., Edwards C.C., Elliott S.P., Crittenden J. Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addictive behaviors*, 2007, vol. 32, n° 9 : p. 1769-1786.
- (10) Noar S. A 10 year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *Journal of health communication*, 2006, vol. 11, n° 1 : p. 21-42.
- (11) Korp P. Health on the Internet: implications for health promotion. *Health education research*, 2006, vol. 21, n° 1 : p. 78-86.
En ligne : <http://her.oxfordjournals.org/content/21/1/78.full>

Circulation des connaissances entre chercheurs, communicants et professionnels de la santé : une expérience canadienne

Au Canada, un groupe de chercheurs de l'université du Québec à Montréal a créé le Groupe de recherche Médias et santé (GRMS). Ce groupe encourage le partage et la diffusion des connaissances sur la santé entre les chercheurs, les communicants et les professionnels de la santé. Il fait office de catalyseur des connaissances auprès de leurs utilisateurs potentiels. L'un des objectifs est aussi de permettre aux journalistes de s'appropriier ces informations afin de pouvoir les répercuter ensuite auprès du grand public.

L'univers de la santé et celui des médias fonctionnent bien souvent isolément et rares sont les occasions qui leur sont offertes de se rencontrer et de trouver des points de jonction. Ce constat se trouve à l'origine de la création du Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) qui prône une collaboration entre chercheurs, partenaires médiatiques et partenaires de santé. Cet article vise à exposer les différentes stratégies et outils de circulation des connaissances mis en place par le GRMS, instaurant ainsi un espace de rencontre entre les partenaires suivants :

- intervenants médiatiques œuvrant à la conception, production et diffusion de contenus en presse écrite, télévision, radio et Internet : télédiffuseurs, producteurs d'émissions, scénaristes, journalistes, etc. ;
- intervenants de santé concevant, implantant et évaluant des programmes de santé populationnelle : ministère, agences de santé, direction de santé publique, organismes non gouvernementaux, etc. ;
- chercheurs intéressés par le domaine de la santé ou par celui des médias, issus de diverses disciplines et exerçant dans plusieurs universités, collèges ou organisations partenaires.

Objectifs du GRMS

Le GRMS conçoit le travail avec l'ensemble des partenaires comme un pro-

cessus dynamique, planifié, continu et interactif visant notamment à faire circuler les connaissances dans le but de :

- développer un capital d'échange et d'entraide entre les partenaires du groupe afin de générer un enrichissement mutuel ;
- développer une culture de collaboration et de co-construction des connaissances entre les milieux de pratiques et universitaires ;
- améliorer les attitudes des chercheurs vis-à-vis des réalités et des préoccupations des milieux de pratiques ;
- améliorer les attitudes des partenaires et de leurs milieux quant à la réceptivité et à l'utilisation des connaissances scientifiques.

Stratégies et moyens mis en place

Ainsi, par la circulation des connaissances entre trois groupes : recherche, médias et santé, le GRMS vise à générer de nouvelles compréhensions des phénomènes émanant autant des expériences personnelles, des pratiques de terrain que des recherches ancrées dans les contextes de chaque organisation, ceci afin d'améliorer, si nécessaire, les pratiques.

Dans sa démarche de circulation des connaissances, le GRMS fait appel à des stratégies de mise en réseau, d'échange et de valorisation (transfert et diffusion) dont le but ultime est de susciter plu-

sieurs types d'utilisation des connaissances.

Mise en réseau et échange

La mise en réseau vise l'établissement de liens de confiance et la circulation fluide des informations entre les individus et leurs organisations. L'échange implique une interaction ponctuelle et réciproque entre des personnes ou des organisations.

La création d'un espace de rencontre, où intervenants médiatiques, de santé et chercheurs se côtoient, permet, d'une part, une meilleure compréhension des dynamiques, des réalités, des contextes et des contraintes de chaque milieu de travail (santé, médias, recherche) et, d'autre part, offre à chacun l'occasion de faire valoir son expertise favorisant l'enrichissement mutuel et le respect des compétences de chacun.

Le groupe de recherche a recours à trois outils spécifiques à la mise en réseau et à l'échange :

- les rencontres de partenaires : temps privilégiés pour encourager l'échange et le réseautage des intervenants, créer des ponts entre eux, cerner les contraintes et exposer les objectifs de chacun ;
- la référence : en réponse aux demandes régulières qui lui sont faites d'identifier des ressources en communication et santé, le GRMS relaie des informations vers les chercheurs et les pro-



fessionnels de la santé et des médias ;

- l'organisation en commun de colloques ou de formations avec des partenaires permet d'accroître notre connaissance mutuelle et de mieux rejoindre nos publics cibles par la mise en commun de nos réseaux.

Valorisation des connaissances

La valorisation est une démarche pour optimiser l'identification et, ultimement, l'utilisation des connaissances dans les différentes organisations participantes (médiatiques, de recherche, de santé). « *La valorisation de la recherche peut être définie comme l'ensemble des actions et des activités ayant pour but d'augmenter la valeur des résultats de recherche et, plus généralement, de mettre en valeur les connaissances (...) elle réfère plus globalement à l'ensemble des activités qui mettent en relation le monde de la recherche et la sphère économique et sociale (...) elle s'appuie, de façon générale, sur le déploiement et l'échange de connaissances et ce, dans tous les domaines de développement du savoir* » (1).

Le GRMS adhère à cette définition en insistant sur le fait que les connaissances dont il s'agit ne sont pas exclusivement issues du milieu scientifique. Le groupe de recherche fait office de catalyseur entre les connaissances et leurs utilisateurs potentiels. Il œuvre alors à trouver les mécanismes favorisant la mise en valeur de certaines données de recherche et de certaines pratiques et initiatives de terrain. Ce qui fait entre autres la spécificité de la valorisa-

tion est que les connaissances sont sélectionnées selon leur pertinence perçue par le GRMS et exprimée par les publics cibles.

La valorisation des connaissances se décline en deux stratégies : le transfert et la diffusion des connaissances.

Transfert des connaissances

Dans le domaine sociosanitaire, le transfert des connaissances correspond à une démarche systémique, articulée et structurée autour des données probantes, pour générer des changements de pratiques, de compétences ou de comportements. Le GRMS considère que les connaissances sont obligatoirement reconstruites et que leur transfert vise à « *l'intégration des connaissances dans la pratique des individus et des organisations et, ultimement, un changement dans les comportements individuels ou organisationnels ou des décisions d'ordre institutionnel ou politique* » (2).

Pour le groupe de recherche, le transfert des connaissances est une démarche continue, ponctuée par des allers-retours entre chercheurs, intervenants de la santé et médias. Il s'agit d'une démarche bidirectionnelle entre chercheurs et/ou milieux. En effet, une étude qui ne tiendrait pas compte des connaissances des partenaires de terrain aurait peu de chances d'intéresser les milieux de pratiques et de leur être utile.

Le groupe de recherche met en place différents moyens pour soutenir

le transfert des connaissances, comme les recherches menées en partenariat avec les milieux de pratiques et le travail collaboratif entre chercheurs issus de divers champs disciplinaires.

Diffusion des connaissances

L'Alliance de recherche université-communauté en économie sociale mentionne que « *la diffusion des connaissances consiste à rendre accessibles et à faire connaître à des auditoires susceptibles d'y être intéressés l'existence et les résultats d'une recherche, qu'ils soient préliminaires ou finaux* » (2). La diffusion peut être une action ciblée en fonction des intérêts des destinataires ; le GRMS opte pour des moyens de diffusion adaptés à ses publics cibles.

Cette démarche s'inscrit dans une volonté de rejoindre les publics non naturels des productions universitaires. Elle implique un travail important de sélection et d'adaptation des résultats de recherche (qu'ils soient préliminaires ou finaux) pour les rendre accessibles et les faire connaître à des auditoires susceptibles d'y être intéressés. De plus, cette démarche assure un ancrage des dynamiques dans les milieux et prépare leur pérennité.

Plusieurs outils

Le groupe de recherche met en place plusieurs moyens pour soutenir la diffusion des connaissances :

- site Internet et page Facebook : le site Internet du GRMS fait office de vitrine des activités. La majorité de ses publications y est aussi téléchargeable et il donne accès aux outils de diffusion développés par le groupe. La page Facebook permet de publiciser les activités, de susciter l'interaction et d'élargir le réseau de diffusion ;
- blogues : le groupe de recherche a développé deux blogues qui visent à diffuser des contenus (issus de la recherche scientifique et d'interventions) de manière synthétique et à inciter l'interaction avec ses publics cibles. Le blogue « Internet et Santé » destiné aux intervenants de santé vise à comprendre, partager et s'inspirer pour mieux intervenir sur Internet en matière de santé. Il est développé en collaboration avec l'Association pour la santé publique du Québec. Le blogue « C'est malade ! » destiné aux professionnels des médias jeunesse vise à outiller,

informer, inspirer et susciter des réflexions critiques à propos des médias, des jeunes et de leur santé. Il propose des contenus susceptibles d'influencer les pratiques des professionnels médiatiques ciblés et, *in fine*, la santé des jeunes ;

- faits saillants de recherche : ces résumés de recherche destinés aux professionnels de l'information (journalistes, chroniqueurs, chercheurs, etc.) visent à mettre en lumière et à rendre accessibles des recherches parfois peu consultées mais de grande qualité. Ils sont rédigés par des communicateurs scientifiques formés à cet effet ;

- service de veille : une veille médiatique et scientifique est réalisée en fonction des intérêts et des préoccupations des partenaires et des chercheurs, puis est acheminée aux personnes intéressées. Ce service permet notamment d'attirer l'attention des praticiens sur des données probantes, d'enrichir les recherches et de faire circuler des informations au sein de réseaux qui ne possèdent pas toujours l'accès aux sources de données.

Enfin, notons que le groupe de recherche adopte également les canaux traditionnels de diffusion des résultats de recherches : articles, recueils de textes, rapports de recherche et participations à des conférences.

Discussion

Bien que cette démarche de circulation des connaissances n'ait pas été évaluée de façon formelle, l'expérience des dernières années en démontre la faisabilité. Dans un premier temps, ces initiatives ont permis de faire se rencontrer des intervenants qui en ont peu l'occasion. Ainsi, le GRMS offre un espace où se côtoient plus d'une dizaine de chercheurs de différentes disciplines, plusieurs partenaires de santé et des partenaires médiatiques. Les échanges sur les intérêts de chacun et leur participation active aux travaux de mise en circulation des connaissances permettent de générer une perspective commune et d'appréhender de manière novatrice la recherche sur les médias et la santé.

La mise en place des stratégies et des moyens décrits dans cet article est toutefois conditionnelle à la présence de ressources humaines et financières dédiées à la circulation des connais-

sances. Le GRMS emploie ainsi un agent de mobilisation des connaissances dont les tâches se centrent autour de cette mission. Enfin, il s'efforce de rechercher du financement directement lié à ce type d'actions. Force est de constater l'intérêt croissant des organismes subventionnaires pour ce genre d'initiatives.

La circulation des connaissances nécessite une évolution des pratiques ainsi que du temps, autant pour les chercheurs que pour les partenaires. Les chercheurs du groupe modifient leurs habitudes de travail afin de tenir compte du déploiement particulier des actions liées à la circulation des connaissances (présentations aux partenaires, disponibilité pour les journalistes, relecture de contenus vulgarisés, etc.). De leur côté, les partenaires prennent conscience du temps nécessaire à l'élaboration des recherches et conçoivent de manière plus précise ce que celles-ci peuvent apporter à leurs pratiques. Ils sont invités à partager leurs connaissances des milieux, leur savoir-faire, mais aussi leurs questionnements. Par ailleurs, des résultats de recherche les amènent parfois à poser un regard critique sur leurs propres pratiques et invitent à modifier certaines stratégies d'action.

Le fait de réunir trois groupes issus d'univers différents (médias, santé et recherche) offre une grande richesse, tout en soulevant cependant d'importants défis de communication. Les intervenants qui se côtoient sont issus de

disciplines variées et leurs champs d'expertise sont souvent bien distincts. Diverses cultures organisationnelles se croisent alors et l'intérêt pour le traitement médiatique des thématiques de santé est motivé par des logiques différentes.

Enfin, nous croyons que le fait de prendre du temps pour connaître les contextes de travail de chacun (en accord avec notre philosophie d'action collaborative et interactionniste) est gagnant. Les relations de confiance, l'atmosphère de collégialité, la confidentialité de certains propos représentent des facteurs qui ont favorisé la formation de réseaux et la collaboration.

Lise Renaud, Ph. D.¹
Jérôme Elissalde, M. Sc.^{2,3}
Judith Gaudet, Ph. D.^{2,4}
Sylvie Louise Desrochers, M. Sc.^{2,5}

1. Directrice-fondatrice du Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) et professeure titulaire au département de communication sociale et publique, Université du Québec à Montréal (UQAM).

2. Membre du GRMS.

3. Agent de recherche et de planification en mobilisation des connaissances, Service de la recherche et de la création, UQAM.

4. Professeure associée au département de communication sociale et publique, UQAM.

5. Coordinatrice du GRMS.

Pour en savoir plus :
<http://www.grms.uqam.ca>

► Références bibliographiques

(1) Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie. *Politique québécoise de la science et de l'innovation : savoir changer le monde*. MRST : 2001 : p. 86. En ligne : http://www.mdeie.gouv.qc.ca/fileadmin/sites/internet/documents/publications/pdf/science_technologie/fr/pqsi/mrst_savoir-changer.pdf [dernière visite le 21 mars 2010]
(2) Alliance de recherche université-communauté en économie sociale (Aruc-ÉS), Réseau québécois de recherche partenariale en économie sociale. *Guide pour la valorisation des connaissances en contexte de recherche partenariale*. Montréal : Aruc-ÉS/RQRP-ÉS, 2007 : 7-8. En ligne : http://www.aruc-es.uqam.ca/Portals/0/docs/pdf/Guide_Valorisation.pdf [dernière visite le 3 mars 2010]

Pour plus de détails :

- Elissalde J., Renaud L. Les démarches de circulation des connaissances : mobilisation et valorisation des connaissances. In : Renaud L. dir. *Les médias et la santé. De l'émergence à l'appropriation des normes sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. Santé et société, 2010 : p. 409-429. En ligne : <http://www.grms.uqam.ca/production/publications/livres/42-les-medias-et-la-sante-de-lemergence.html>
• Elissalde J., Gaudet J., Renaud L. Circulation des connaissances : modèle et stratégies. *Revue internationale de communication sociale et publique*, 2010, n° 3-4 : p. 135-149. En ligne : http://www.revuescp.uqam.ca/numero/n3-4/pdf/RICSP_ElissaldeGaudetRenaud_2010.pdf

Au Canada, des centres de collaboration nationale en santé publique **pour rendre accessibles les connaissances**

Pour mieux transférer les connaissances scientifiques vers les acteurs de terrain, les autorités canadiennes ont créé six centres d'information en santé publique destinés aux professionnels, praticiens et décideurs de première ligne. Les centres informent sur les thèmes suivants : santé des autochtones, santé environnementale, maladies infectieuses, déterminants de santé, politiques publiques, méthodes et outils. Ils ont pour originalité de ne travailler qu'en réponse à une commande précise d'utilisateurs. Ces derniers ont un droit de critique sur l'expertise fournie par les centres.



prise de décisions basées sur les faits, y compris l'identification des besoins en recherche. » (2). Pour combler ce besoin, le gouvernement du Canada a donc mis sur pied, en 2004, le programme des centres de collaboration nationale en santé publique, à partir d'un budget administré par l'Agence de la santé publique du Canada.

Les activités de ces centres consistent à publier des synthèses, favoriser la création de réseaux, documenter les expériences prometteuses, repérer les lacunes de la recherche, organiser ou contribuer à des activités de formation. Chaque centre a le même budget et la même clientèle cible : les unités de santé publique locales². Et comme ils s'adressent à un public réparti dans les treize provinces et territoires canadiens, ces centres mènent leurs activités en français et en anglais.

Au Canada, les autorités de santé publique ont créé un réseau très ciblé de six centres consacrés à un partage de connaissances en santé publique (1). Ces centres ont le mandat de se concentrer uniquement sur les besoins des praticiens et des décideurs de première ligne en santé publique du Canada¹. Pour cette clientèle, chaque centre développe une thématique particulière d'importance en santé publique. Il existe ainsi un centre sur la santé autochtone, la santé environnementale, les maladies infectieuses, les déterminants de la santé, les politiques publiques favorables à la santé et sur

les méthodes et les outils en transfert de connaissances.

La création de ces centres visait à faire la promotion d'une pratique utilisant des données probantes en santé publique et à développer les conditions nécessaires à cette pratique. L'absence d'une telle structure avait été constatée lors de la crise de l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) en 2003. Le rapport du comité chargé de tirer les leçons de cette crise avait notamment souligné « l'importance d'une ressource centrale pour l'application des connaissances et la

Utilisant un cadre de référence axé sur la santé des populations, ces centres partagent également des préoccupations communes : les inégalités de santé et l'importance de prendre en compte les particularités des communautés autochtones, de même que celles des autres groupes marginalisés de la population.

Partager les connaissances en fonction des besoins

Contrairement au transfert de connaissances issues de la recherche,



les activités de partage de connaissances des centres se développent uniquement à partir des besoins des usagers. Les synthèses produites visent donc à répondre à une question des usagers, praticiens ou décideurs, en faisant l'état des connaissances permettant de répondre à la question.

Dans ce contexte, l'information sur les besoins des usagers est cruciale. Les travaux des centres sont alimentés par un processus continu de recueil des besoins qui comprend notamment des rencontres d'usagers, des sondages réguliers ou des ententes ciblées avec des unités de santé publique.

Un comité consultatif national représentatif de cette clientèle valide les plans de travail des centres et la qualité des productions, tout en donnant des indications sur les stratégies de développement du programme. La qualité des membres de ce comité et le choix de son président, le directeur scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations (Institut de recherche en santé du Canada), ont

joué un rôle majeur dans la reconnaissance de ce programme et dans le développement de ses activités.

Un récent éditorial (3) paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* rapporte l'intérêt de ce modèle de partage des connaissances dans le contexte canadien.

« Dans le secteur de la santé publique, les centres de collaboration nationale ont commencé à fournir des occasions pour un meilleur échange de connaissances. Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone a réuni des représentants des gouvernements fédéral et provinciaux et des représentants autochtones dans le but d'échanger des connaissances au sujet des déterminants sociaux de la santé. Le Centre de collaboration nationale en santé environnementale a réuni des inspecteurs de l'eau de tout le Canada afin de mettre leur expertise en commun. Un programme d'enseignement offert lors d'une réunion régionale à Terre-Neuve pour former des opérateurs travaillant dans de petits réseaux d'alimentation en eau

potable est actuellement reproduit en Alberta... Nous devons offrir plus d'occasions comme celles-ci afin de tirer davantage de l'expérience des autres. »

Favoriser une approche participative

Le développement et la consolidation de réseaux locaux, régionaux, nationaux et internationaux constituent l'un des objectifs poursuivis par les centres afin de rendre utiles et accessibles les connaissances pertinentes à la pratique en santé publique. Tel que l'indiquait Denise Kouri (4) dans son article sur les centres de collaboration nationale en santé publique : *« Établir des réseaux entre les praticiens, les responsables de politiques et ceux qui pratiquent la synthèse, l'application et l'échange de connaissances (SAÉC) constitue une approche importante pour l'apprentissage mutuel et une manière de diffuser l'innovation... en accord avec la perception que les connaissances sont socialement construites, les centres de collaboration nationale créent des espaces de dialogue et facilitent la pen-*

sée critique et créative dans leur processus de transfert de connaissances. » (Traduction libre). Grâce à cette approche participative, les utilisateurs sont au cœur du processus de transfert de connaissances ; les outils et les publications sont constamment évalués par les utilisateurs et, de ce fait, sans cesse améliorés. De plus, les réseaux permettent de repérer les lacunes dans les connaissances et d'attirer l'attention là où la recherche est nécessaire ; ils facilitent le partage des meilleures données probantes et des meilleures pratiques en santé publique.

Les prochaines étapes

Après un premier cycle de financement de cinq ans (2004-2009), le programme des centres vient d'être renouvelé pour un autre mandat quinquennal. Une grande partie des énergies sera consacrée à développer les modalités de la mise en commun des expériences des centres. Chacun d'eux a pu développer des réseaux d'utilisateurs originaux et des modalités de transfert de connaissances propres à ses clientèles. Cette nouvelle phase sera l'occasion de miser sur la synergie de l'action commune, qui à son tour permettra à chaque centre de maximiser la diffusion de ses

produits auprès de sa clientèle, de développer un nombre plus important de productions et de mener une série de réflexions sur les effets de son modèle, les obstacles rencontrés et les résultats de ses activités. Il y a donc encore beaucoup à faire. Le programme des centres de collaboration nationale en santé publique n'est pas fixé dans la pierre et ne se pose pas en modèle. Il permet cependant de constater l'impact rapide que peuvent avoir des activités ciblées consacrées au partage de connaissances lorsqu'elles sont menées en étroite collaboration avec les utilisateurs.

François Benoit

Responsable,

Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé,

Mylène Maguire

Agente de communication

Centres de collaboration nationale
en santé publique, Montréal, Québec.

1. Le travail des centres ne s'adresse pas au grand public donc il n'existe pas de stratégie de diffusion systématique, cependant toutes les publications et tous les outils sont accessibles sur le site Internet : www.ccnsp.ca

► Références bibliographiques

Les sites Internet mentionnés ont été consultés le 10/11/2010.

(1) Medlar B., Mowat B., Di Ruggiero E., Frank J. Introducing the national collaborating centres for public health. *Canadian medical association journal*, 2006, vol. 175, n° 5 : p. 493-494. En ligne : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/175/5/493>

(2) Rapport du comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. *Leçons de la crise du SRAS. Renouveau de la santé publique au Canada*. Octobre 2003. En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php>

(3) Bégin M., Eggertson L., Macdonald N. A country of perpetual pilot projects. *Canadian Medical Association Journal*, 2009, vol. 180, n° 12 : p. 1185. En ligne : <http://www.cmaj.ca/cgi/contentfull/180/12/1185>

(4) Kouri D. Knowledge exchange strategies for interventions and policy in public health. *Evidence & Policy*, 2009, vol. 5, n° 1 : p. 71-83.

2. Les praticiens en santé publique qui travaillent en première ligne œuvrent au sein d'organisations dont le mandat est régional. Elles sont désignées sous différents noms selon la région du Canada : unités de santé publique, autorités régionales de santé, direction de santé publique.

De la santé des autochtones aux déterminants de santé : six centres pourvoyeurs d'information

• Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

Ce centre aborde trois axes principaux : la santé des enfants et des jeunes, les déterminants sociaux de la santé chez les autochtones et les nouvelles priorités en santé publique (maladies infectieuses et santé environnementale).

www.ccnasa.ca

• Centre de collaboration nationale en santé environnementale

Ce centre touche plusieurs thématiques. Parmi celles-ci citons : l'impact sur la santé de l'environnement bâti, des petits réseaux d'alimentation en eau potable, des épisodes de chaleur accablante, des éoliennes et des services personnels (salons de bronzage, de tatouage).

www.ccnse.ca

• Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

Les projets de ce centre touchent les quatre domaines suivants : les maladies transmissibles prioritaires pour la santé publique, les interventions, les programmes, les technologies et les outils. Le centre a développé une série de revues de données probantes sur le VIH, un guide de planification d'approche des populations vulnérables et un bulletin hebdomadaire résumant des articles soumis à l'examen de pairs et pertinents pour la santé publique, intitulé *La Note mauve*.

www.ccnmi.ca

• Centre de collaboration nationale des méthodes et outils

Ce centre propose une multitude d'outils portant sur la synthèse, l'application et le partage des connaissances dont des modules d'apprentissage, un forum de discussion et un outil de planification, tous disponibles en ligne.

www.ccnmo.ca

• Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Ce centre aborde trois grands champs de connaissances : l'évaluation des impacts sur la santé des politiques publiques en vigueur ou en cours d'élaboration, le processus d'élaboration et d'adoption des politiques publiques ainsi que les méthodes et les stratégies de synthèse et de transfert des connaissances dans le contexte de politiques publiques favorables à la santé.

www.ccnpps.ca

• Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Ce centre se concentre sur l'étude des déterminants de la santé ou de la combinaison de déterminants. Les travaux du centre ont notamment porté sur la santé des jeunes enfants (les visites à domicile et la maturité scolaire).

www.ccnnds.ca

Pour en savoir plus sur l'ensemble des centres : www.ccnsp.ca

Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé : une fonction documentaire

Les pôles régionaux de compétence ont été mis en place par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2004, pour soutenir la mise en œuvre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps)¹, améliorer la qualité des actions en éducation pour la santé dans chaque région et faciliter une meilleure articulation entre les niveaux d'intervention nationaux et régionaux. Les pôles ont pour mission de développer les services transversaux de support suivants : documentation (appui documentaire), conseil méthodologique, formation continue, évaluation, ingénierie de projet, analyse d'outils d'intervention en éducation pour la santé. Depuis 2007, toutes les régions françaises (métropole et départements

d'outre-mer) ont leur pôle de compétence en éducation pour la santé et la grande majorité d'entre eux propose tous les services ci-dessus, prévus dans le cahier des charges².

Ces pôles, initialement développés dans le réseau des comités d'éducation pour la santé³, intègrent désormais d'autres opérateurs de la prévention. Ils constituent ainsi des plateformes de services fédérant les ressources et les compétences de la région pour les mettre à disposition de tous les acteurs (institutionnels, professionnels, associatifs, etc.). Ce dispositif des pôles est soutenu sur le plan méthodologique et financé par l'Inpes (via un appel à projets annuel depuis 2004). En 2010, la procédure

d'appel à projets a fait place à un conventionnement pluriannuel avec les pôles dans le but de consolider le dispositif.

L'évaluation réalisée en 2008⁴ montre que, malgré une implantation et une structuration très hétérogènes d'une région à l'autre, les pôles de compétence contribuent à l'amélioration de la qualité des programmes et des actions en éducation pour la santé, ainsi qu'à la professionnalisation des acteurs. Ils ont joué un rôle important dans le développement d'une culture commune. Aujourd'hui, les pôles sont perçus comme des lieux de partage et d'échange indispensables au sein des régions. Avec la création des agences régionales de santé (ARS), les pôles sont un maillon central du développement de la structuration de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé sur le territoire régional.

En ce qui concerne la fonction documentaire, les pôles de compétence ont développé un tronc commun d'activités : développer un réseau régional de documentation en éducation et promotion de la santé, en cohérence avec le réseau national Spidoc, ce qui signifie coordonner les documentalistes des centres de ressources disséminés dans les départements, améliorer la qualité de l'accueil et des services documentaires, faciliter l'accès à la documentation pour les professionnels y compris les intervenants de terrain, mettre à disposition l'ensemble des ressources disponibles, le plus souvent via la création de sites Internet, etc.

Catherine Gerhart

Chef de département « Territoires et milieux »,
Direction de l'animation des territoires
et des réseaux, Inpes.

Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé : contacts

- Instance régionale d'éducation pour la santé (Ireps) Alsace, Strasbourg
Tél. : 03 88 11 52 41
- Comité régional aquitain d'éducation pour la santé-Centre régional d'information et de prévention du sida (Craes-Crips) Aquitaine, Bordeaux
Tél. : 05 56 33 34 10
- Auvergne Promotion Santé-Centre régional d'information et de prévention du sida (APS-Crips), Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 91 96 67
- Comité régional d'éducation pour la santé (Cores) Basse-Normandie, Hérouville-Saint-Clair
Tél. : 02 31 43 83 61
- Ireps Bourgogne, Dijon
Tél. : 03 80 66 73 48
- Ireps Bretagne, Rennes
Tél. : 02 99 50 64 33
- Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé (Fraps) Centre, Tours
Tél. : 02 47 37 69 85
- Ireps Champagne-Ardenne, Chalons-en-Champagne
Tél. : 03 26 68 28 06
- Ireps Corse, Ajaccio
Tél. : 04 95 21 47 99
- Ireps Franche-Comté, Besançon
Tél. : 03 81 41 90 90
- Ireps Guadeloupe, Basse-Terre
Tél. : 05 90 41 09 24
- Guyane Promo Santé, Cayenne
Tél. : 05 94 30 13 64
- Ireps Haute-Normandie, Petit-Quevilly
Tél. : 02 32 18 07 60
- Ireps Languedoc-Roussillon, Montpellier
Tél. : 04 67 04 88 50
- Fédération limousine des comités d'éducation pour la santé (FL Codes), Limoges
Tél. : 05 55 37 19 57
- Ireps Lorraine, Laxou
Tél. : 03 83 47 83 10
- Cres-Ireps Martinique, Le Lamentin
Tél. : 05 96 63 82 62
- Cres Midi-Pyrénées, Codes Haute-Garonne, Toulouse
Tél. : 05 61 23 44 28
- Ireps Nord-Pas-De-Calais, Loos
Tél. : 03 20 15 49 40
- Cres Paca, Marseille
Tél. : 04 91 36 56 95
- Ireps Pays de la Loire, Nantes
Tél. : 02 40 31 16 90
- Ireps Picardie, Amiens
Tél. : 03 22 71 78 00
- Cres/Codes Poitou-Charentes, Poitiers
Tél. : 05 49 41 37 49
- Ireps Réunion, Saint-Paul
Tél. : 02 62 71 10 88
- Ireps Rhône-Alpes, Lyon
Tél. : 04 72 00 55 70

1. Circulaire du 22/10/2001 DGS n° 2001/504 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

2. La structuration du pôle régional prend la forme d'une organisation de nature variée telle que plateforme, réseau, fédération, etc., qui regroupe les ressources et les compétences de la région susceptibles de venir en appui aux actions en éducation pour la santé ou en promotion de la santé.

3. Comités régionaux d'éducation pour la santé (Cres) devenus Instances régionales d'éducation pour la santé (Ireps) et Comités départementaux d'éducation pour la santé (Codes).

4. Évaluation du dispositif des pôles de compétence en éducation pour la santé. Inpes/Ernst et Young, février 2009.

Cerfep : un centre de ressources et de formation à l'éducation du patient



Le Centre de ressources et de formation à l'éducation du patient (Cerfep) est un service de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) Nord-Picardie. Installé à Villeneuve-d'Ascq dans le Nord, il œuvre, depuis 1997, à l'évolution de la relation soignant-soigné. Il est ainsi l'un des principaux acteurs nationaux en éducation thérapeutique du patient pour l'accompagnement et la formation des professionnels et futurs professionnels de santé. Il offre, à ce même public et dans ce même domaine, une expertise de capitalisation des savoirs et de recherche, grâce à son centre de ressources documentaires.

Du fait de la multidisciplinarité de l'éducation thérapeutique du patient, le centre de ressources du Cerfep propose un fonds documentaire qui couvre de nombreuses disciplines des sciences humaines et de la santé (philosophie, pédagogie, économie de la santé, etc.). Il dispose ainsi à ce jour d'une base de données d'environ trente mille documents, dont une partie est consultable sur Internet, sur le site de la Carsat Nord-Picardie¹. Le centre complète cette offre par des informations collectées notamment auprès des acteurs de terrain (professionnels de santé, etc.). L'édu-

cation thérapeutique du patient est en effet, depuis peu, au cœur des enjeux de santé publique et il existe ainsi peu de médias (revues, outils, etc.) qui lui sont spécifiques. Ce savoir et ces retours d'expériences sont aujourd'hui partagés grâce notamment à une plate-forme collaborative d'outils pédagogiques en éducation thérapeutique du patient créée par les documentalistes du centre.

En termes de services, les documentalistes du Cerfep répondent aux demandes formulées par tous les professionnels et futurs professionnels de santé dans le cadre de leurs projets, que ce soit, par exemple, en matière de présentation des ressources en éducation thérapeutique du patient, de recherches documentaires et bibliographiques, etc. Ils réalisent des missions pédagogiques pour les intervenants et les participants des formations organisées par le Cerfep (propositions pour l'élaboration des interventions des formateurs, point d'actualité et bulletin d'information, formation aux méthodes documentaires, etc.) et ont créé une base de données « Formation » afin de faciliter la communication et les échanges d'informations entre ces différents acteurs.

L'équipe du centre contribue en outre aux échanges de savoirs et à la promotion de l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre de partenariats régionaux (Groupement régional de promotion de la santé, futur réseau documentation santé Nord-Pas-de-Calais), nationaux (Banque de données en santé publique, Réseau national des documentalistes hospitaliers) et internationaux (Université catholique de Louvain).

Murielle Deroo

Documentaliste,
Centre de ressources et de formation
à l'éducation du patient,
Carsat Nord-Picardie, Villeneuve-d'Ascq.

1. Pour plus d'information sur les activités et la base de données du Cerfep :
<http://www.carsat-nordpicardie.fr/>

Contact :
cerfepnp@carsat-nordpicardie.fr

Fnes : un travail en réseau sur les ressources documentaires

Depuis près de dix ans, la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) soutient l'activité documentaire assurée au sein de son réseau. Ce réseau documentaire, coordonné et animé par le Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca) et composé de vingt-quatre référents régionaux, professionnels de la documentation dans les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), a développé, au fil des ans, un programme visant l'accessibilité des ressources sur l'ensemble du territoire et l'harmonisation des pratiques professionnelles.

Deux états des lieux, réalisés en 2003 puis 2007, ont permis de mesurer l'évolution de la mission documentaire et les bénéfices de cette coordination : recensement des produits documentaires, harmonisation du langage et des pratiques, création de bases de données et d'un catalogue collectif des périodiques, mise à jour d'un *thesaurus*, professionnalisation des documentalistes, valorisation nationale des actions et des ressources en éducation pour la santé. Cette mobilisation est soutenue financièrement par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) dans le cadre d'une convention Fnes-Inpes ; ces activités s'inscrivent

dans la perspective du réseau national Santé prévention info-doc (Spidoc) mis en place par l'Inpes. L'ensemble de ces ressources est accessible sur le site de la Fnes dans la rubrique « Ressources documentaires ».

Nathalie Cornec
Documentaliste,
Cres Paca, Marseille.

Pour en savoir plus :
<http://www.fnes.fr>

Nord-Pas-de-Calais : un site Internet et un réseau documentaire en promotion de la santé

Le Groupement régional de promotion de la santé Nord-Pas-de-Calais (GRPS) fédère, en un lieu unique, neuf organismes dotés d'expertises spécifiques en santé. Du local au régional, le GRPS agit aux côtés des acteurs de santé et des institutions pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population du Nord-Pas-de-Calais en développant des programmes d'actions coordonnées.

En matière d'information, le Groupement a pris le virage du numérique, dès 2006, avec un ensemble de services accessibles en ligne. L'espace régional de santé (www.santenpdc.org), ouvert aux contributions des acteurs et au débat, diffuse en direction de tous les publics différents produits d'information :

- la veille sur les thématiques prioritaires, les événements et les actions de santé en région ;
- les newsletters hebdomadaires (actualités santé, nouveautés documentaires et pédagogiques) et des flux RSS thématiques ;
- la base de données documentaires, partagée avec dix organismes implantés en région ;
- les sessions de découverte d'outils d'intervention en santé ;
- la revue bimestrielle *Contact Santé* et le blogue de la rédaction (www.elserevue.fr) ;
- les conférences-débats ;

• les sites et outils web spécifiques à des actions de santé régionales (santé des apprentis, espace ressources cancers, localisation des acteurs et des actions, etc.).

Par ailleurs, dans le souci d'une démarche qualité en documentation, un réseau documentaire régional s'est constitué, regroupant vingt organismes¹ du Nord-Pas-de-Calais. À partir d'une étude partagée de l'offre et des pratiques documentaires, un programme d'animation du réseau coordonné par le GRPS inclut formations, journées de sensibilisation thématiques et services communs.

Benoît Dejonghe

Délégué général,

GRPS Nord-Pas-de-Calais, Loos.

1. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa 59) : <http://www.alcoolinfo.com> ; Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa 62) : <http://www.anpaa62.fr> ; Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (Appa) : <http://www.appanpc.fr> ; Centre de référence régional en cancérologie (CRRC) : <http://www.registrecancers59.fr> ; Comité départemental contre les maladies respiratoires (CDMR) : <http://www.cg59.fr/frontoffice/AfficheArticle.aspx?IdArticle=1026&idArborescence=76> ; Centre régional de ressources et de formation à l'éducation du patient (Cerfep) : <http://www.carsat-nordpicardie.fr/Sante/EducationPatient/Install.html> ; Centre hospitalier de

Sambre-Avesnois : <http://www.cb-sambre-avesnois.fr/> ; Carrefour d'initiatives et de réflexions pour les missions relatives à la vie affective et sexuelle (Cirm) - Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) : <http://www.cirm-crips.org/> ; Comité départemental d'éducation pour la santé (codes 62) : http://www.cres-npdc.org/_front/Pages/page.php?page=8 ; Caisse primaire d'assurance maladie Côte d'Opale : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-cote-d-opale/index_cote-d-opale.php ; département du Nord - Pôle addictions : <http://www.cg59.fr/frontoffice/AfficheArticle.aspx?IdArticle=1026&idArborescence=76> ; Eclat-Graa : <http://www.eclat5962.org/> ; Groupe régional de l'association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (Granitea) : <http://www.anitea.fr/regions/nord.php> ; Institut régional du bien-être, de la médecine et du sport santé (IRBMS) : <http://www.irbms.com/index.php> ; Instance régionale de promotion et d'éducation pour la santé (Ireps) Nord-Pas-de-Calais : <http://www.cres-npdc.org> ; Institut de santé au travail du nord de la France (ISTNF) : <http://www.istnf.fr> ; la Maison intercommunale de prévention et de promotion de la santé (Mipps) : <http://www.bruayisis.fr/bruayisis.php?rub=51> ; la Maison de promotion de la santé (Mps) : <http://www.mps-dunkerque.com/> ; Observatoire régional de la santé (ORS) Nord-Pas-de-Calais : <http://www.orsnpdc.org/> ; Association Sida Info Service (Sis) : <http://www.sis.asso.fr/?Nord-Pas-de-Calais-et-Picardie>.

Pour en savoir plus :

La plaquette de présentation du GRPS
<http://www.santenpdc.org/wp-content/uploads/2009/01/PlaquetteGRPS2.pdf>

Pédagothèque : une base nationale d'analyse des outils pédagogiques

La Pédagothèque est un dispositif national d'analyse et de valorisation d'outils pédagogiques en promotion de la santé. Il a pour objectif d'aider les professionnels à choisir les outils pertinents pour leurs actions de promotion de la santé et à identifier les limites de certains outils, à favoriser la vigilance des professionnels.

La Pédagothèque a été mise en place, en 1997, par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et les comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé, dans le but d'apprécier la qualité de ces outils. À la grille initiale, s'est substituée, en 2005, l'utilisation d'une grille d'analyse des outils qui permet aux professionnels d'apprécier la qualité de la conception, du contenu, de l'approche pédagogique et du support des outils qu'ils utilisent ou envisagent d'utiliser. Cette grille a été élaborée dans le cadre du référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé. Ce référentiel a été construit à partir d'une analyse de la littérature spécialisée et d'un consensus d'experts en éducation pour la santé et en évaluation.

Il définit une liste de critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé : trente et un critères essentiels, trente critères importants et quatre critères mineurs.

Cette activité s'inscrit désormais dans les objectifs principaux des pôles de compétences régionaux en éducation pour la santé (*lire l'article page 30*). L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) y apporte son soutien financier dans le cadre de son appel à projets « Développement pour la santé ». L'Institut assure également un soutien méthodologique national (deux journées d'échanges) et une valorisation de cette activité (diffusion nationale des résultats des analyses d'outils sur le site Internet de l'Inpes). La coordination nationale est assurée par l'Institut en lien avec les « référents » du dispositif dans chaque région.

Chaque outil fait l'objet d'une expertise collégiale par un groupe d'experts en région et d'une relecture par l'Inpes avant validation avec le site référent. Les avis publiés par l'Inpes font l'objet d'une information auprès du concepteur de

l'outil. Grâce à ce dispositif, plus de deux cents outils ont été analysés. Les résultats de ces analyses ont été colligés dans une base de données, la « Pédagothèque ». Elle est accessible, par Internet sur le site de l'Inpes, à tous les publics, en particulier à l'ensemble des acteurs de l'éducation pour la santé ainsi qu'aux professionnels des milieux éducatif, sanitaire et social. Ceux-ci, comme en témoignent les taux élevés de fréquentation de ces pages du site, se sont très vite emparés de ces résultats d'analyse d'outils.

Marie-José Moquet

Chef de département « Qualité et labellisation », Inpes.

Pour accéder à la pédagothèque :
<http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=pedagotheque/presentation.asp>

Belgique : une base de données spécialisée en outils pédagogiques « santé »

Pédagogie interactive en promotion de la santé (PIPSa) est le site web de l'outilthèque-santé du Service promotion de la santé de la Mutualité socialiste, soutenue financièrement par le ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique. PIPSa met à disposition des professionnels du secteur et des « intervenants de première ligne » (enseignement, monde associatif, soins de santé), une base de données d'outils pédagogiques¹ en promotion de la santé : kits pédagogiques, dossiers, jeux, expositions, DVD, etc. sur des thématiques de santé diverses (alimentation, tabac, activité physique, sexualité, santé mentale, compétences psychosociales, etc.).

PIPSa vise avant tout à aider l'utilisateur dans ses choix d'outils de qualité et adaptés à ses besoins :

- une équipe pluridisciplinaire sélectionne de nouveaux outils susceptibles de soutenir des démarches actives et participatives ;
- ces outils sont évalués par des « cellules d'experts² » sur la base d'une grille d'analyse spécifique ;
- PIPSa propose un moteur de recherche adapté pour permettre aux professionnels de trouver l'outil le mieux adapté à leurs besoins ;
- sur le site, chaque outil comporte sa fiche de présentation par le promoteur et, quand il a été analysé, l'avis des experts relatif à ses contenus scientifiques et psychopédagogiques et à ses qualités formelles ;
- chaque outil est mis en lien avec les centres où il peut être emprunté, loué ou acheté ;
- les utilisateurs peuvent donner leur avis sur les outils.

Une newsletter informe, deux fois par mois, les abonnés³ de tous événements, formations et publications en lien avec la promotion de la santé et les outils pédagogiques.

Pierre Baldewyns

Coordinateur santé – promotion de la santé,
Union nationale des mutualités socialistes,
Bruxelles (Belgique).

1. 440 outils au 10 novembre 2010.

2. Pour l'analyse de chaque outil, une cellule est constituée de trois évaluateurs et d'un membre de l'équipe du Service promotion de la santé. PIPSa compte, à ce jour, 50 experts formés.

3. 3 500 abonnés à ce jour.

Pour en savoir plus :
<http://www.pipsa.org>

Une base d'outils pédagogiques d'intervention en éducation pour la santé

Riche de plus de mille références, la base d'outils pédagogiques (Bop) est alimentée collectivement par les vingt-trois comités et instances d'éducation pour la santé des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Midi-Pyrénées. Elle permet d'afficher les matériels d'intervention disponibles dans chacune de ces régions sur un seul portail accessible à tous les intervenants en éducation pour la santé. Des livres pour enfants utilisés lors d'une animation, un DVD grand public pour engager un débat, un jeu de l'oie pour construire un parcours

de santé, des photos thématiques pour travailler sur les représentations : les outils référencés dans « Bop » sont utilisés lors d'interventions ou d'animations en éducation pour la santé, qu'il s'agisse de matériel construit selon des objectifs pédagogiques dans une démarche éducative énoncée ou de matériel pouvant être utilisé par un animateur santé.

Accessible en ligne, « Bop » permet une recherche en fonction du type de support (DVD, jeu, photo-expression), sur plus de trente thématiques (alimentation, accident, environnement, etc.) et en fonction du public concerné. Il est

aussi possible de lister tous les outils ou catégories d'outils disponibles dans un comité ou dans une région.

Conçue et développée dans le cadre des activités de l'Ireps Paca, « Bop » est complétée d'une base bibliographique en éducation pour la santé (Bib). Ces deux bases sont accessibles à l'adresse : <http://www.cres-paca.org/bib-bop/>

Nathalie Cornec
Documentaliste,
Cres Paca, Marseille.

Région Bourgogne : un centre de ressources et de recherche en information et documentation



En Bourgogne, pour permettre aux intervenants et acteurs de terrain de développer des projets en éducation pour la santé et en promotion de la santé, l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) s'est dotée d'un Centre de ressources et de recherche en information et documentation (CRRID).

Ce centre a une triple fonction :

- mise à disposition de ressources : base de données documentaires, catalogue de périodiques en ligne, pédagogthèque, etc. ;
- publication-veille-production, gestion et transfert de connaissances : guides, répertoires et référentiels, bases de données, etc. ;
- communication : espace dédié Internet, lettres d'information, etc.

Le centre s'appuie, en particulier, sur deux outils de référence :

- un site portail unique intitulé épisanté (www.episante-bourgogne.org) pour échanger, partager, informer sur la santé publique. Pour contribuer au développement d'une dynamique de travail en réseau, les acteurs de santé de la

région ont ainsi rassemblé leurs travaux, leurs études et leurs outils. Professionnels de santé, porteurs de projets, étudiants, journalistes, etc. peuvent visualiser l'ensemble des services et ressources disponibles dans la région ;

- une lettre électronique d'information mensuelle, *CanalSanté* : envoyée à plus de 1 500 destinataires, elle constitue un lien privilégié et interactif entre les partenaires du pôle de compétences et les professionnels de santé publique. Elle propose une information synthétique sur l'actualité régionale en éducation pour la santé et promotion de la santé.

Sabrina Deschamps
Chargée de projet,
Ireps Bourgogne, Dijon.

Pour en savoir plus :
<http://www.ireps-bourgogne.org>

Banque de données en santé publique : un réseau d'information sur la santé publique

La Banque de données en santé publique (BDSP) est un réseau constitué d'une quarantaine de membres¹ spécialistes de la santé publique ou ayant des centres d'intérêt proches et mutualisant leurs activités de surveillance et de collecte de l'information. Le réseau et le site BDSP sont animés, administrés et développés par un service mis à disposition par l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Les réalisations de la BDSP sont diffusées à partir d'un site Internet dédié à cette capitalisation collective des savoirs en santé publique. Si certains membres du réseau sont spécialistes de la promotion de la santé ou de sujets connexes, en réalité cette thématique est prise en charge de façon transversale par de nombreux partenaires BDSP, même si elle ne se situe pas au cœur de leur activité. C'est la diversité de ces apports qui fait la principale originalité et la richesse des ressources proposées par le réseau BDSP.

Un nouveau site Internet

Le site a récemment intégré un nouveau moteur de recherche et de nouvelles fonctionnalités dans le but principal de simplifier la recherche d'information. Ainsi, dans la base documentaire, la recherche repose exactement sur les mêmes principes que ceux pratiqués dans les moteurs de recherche les plus courants. Saisir, par exemple, une phrase telle que : « *la prévention du surpoids chez l'enfant* » puis cliquer sur le bouton « Rechercher », suffisent à lancer la requête et lister les résultats qui, par défaut, s'affichent par ordre de pertinence. Pour préciser votre recherche, il est possible grâce au nuage de mots-clés s'affichant à droite des résultats de pointer sur des descripteurs tels que Obésité, Poids corporel, Activité physique ou Alimentation, etc. comme autant de nouvelles pistes à explorer. D'autres aides sont à découvrir en ligne (correcteur orthographique, présence de nombreux liens dans les notices, etc.).



Quant à la recherche avancée, également facilitée dans cette nouvelle version, elle permet d'affiner la requête par l'introduction de critères supplémentaires.

Avant de démarrer toute recherche documentaire, il est préconisé de s'inscrire (gratuit) et de se connecter afin de bénéficier des améliorations en matière d'exploitation des résultats. Ainsi, et tant qu'il n'est pas vidé, le panier conserve les réponses. La sélection pourra être

exportée dans un fichier, transformée en bibliographie prête à imprimer, envoyée par messagerie électronique ou bien transférée dans un gestionnaire de bibliographies (RefMan, Zotero, EndNote, etc.).

Marie-Édith Vignon

Responsable BDSP,
École des hautes études en santé publique,
Rennes.

Le site BDSP : quelques données chiffrées

- Références indexées avec le(s) terme(s) [promotion sante] et/ou [education sante] dans la Base documentaire : 14 500
- Sites spécialisés en promotion de la santé dans l'Annuaire de sites : 67
- Colloques repérés (fin 2010 et 2011) sur le thème de la promotion de la santé : 8
- Nombre de définitions traduites en quatre langues sur le thème de la promotion de la santé dans le Glossaire : 44

(Novembre 2010)

1. Membres du réseau BDSP : <http://www.bdsp.ehesp.fr/reseau/>

Pour en savoir plus :
<http://www.bdsp.ehesp.fr>

CISMeF : un catalogue et index des sites médicaux de langue française



Dans le domaine médical, les moteurs de recherche comme Google ne permettent pas de distinguer les sources institutionnelles et professionnelles, des sites à vocation commerciale. Dans ce contexte, le but du Catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMeF), projet du CHU de Rouen, est de recenser et de décrire les ressources provenant de telles sources accessibles librement et gratuitement afin de permettre leur consultation. Ces ressources médicales, ou plus large-

ment du domaine de la santé, peuvent être des sites web (sites d'agences sanitaires, sites universitaires, sites associatifs, etc.) comme des documents (articles scientifiques, rapports, brochures, etc.). Les 75 ressources disponibles actuellement ont toutes été sélectionnées après une surveillance quotidienne du web et décrites manuellement par une équipe de documentalistes pour apporter le plus de garanties possibles sur la qualité de leur contenu.

Le moyen le plus direct pour accéder à ces ressources est le moteur de recherche Doc'CISMeF (<http://doccismef.chu-rouen.fr/>).

Pour une recherche documentaire plus élaborée, le portail terminologique de santé (<http://pts.chu-rouen.fr/>) permet de fouiller le vocabulaire médical à la recherche des meilleurs termes de recherche avant d'interroger CISMeF mais aussi la base de données bibliographiques PubMed.

Une page du site s'adresse particulièrement au grand public (CISMeF Patients <http://www.chu-rouen.fr/cismefp/>). Un moteur de recherche spécifique et de grandes rubriques permettent d'accéder aux ressources qui lui sont destinées : 4 600 pages et brochures sur les pathologies et les questions de santé, 1 700 sites associatifs, 1 800 documents sur les médicaments.

Gaétan Kerdelhué

Documentaliste,

Bibliothèque médicale-Équipe CISMeF, Rouen.

Cairn : la santé via les sciences humaines et sociales

Cairn.info est un site Internet né de la volonté de quatre maisons d'édition ayant en charge la publication et la diffusion de revues de sciences humaines et sociales, d'unir leurs efforts pour améliorer leur présence sur la toile et de proposer à d'autres acteurs souhaitant développer une version électronique de leurs publications, les outils adéquats. Le site héberge actuellement 248 revues dont plusieurs titres traitant, à différents niveaux, de la prévention, de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Parmi ces titres figure *Santé publique*, la revue de la Société française de santé publique.

Pour en savoir plus :

<http://www.cairn.info>

Pour en savoir plus :

<http://www.cismef.org>

Mode d'emploi pour trouver une information fiable sur Internet

Sur la promotion de la santé comme sur tout autre sujet, Internet fournit une information considérable, difficilement identifiable. Comment s'y retrouver et surtout comment accéder à une information fiable ? Voici une feuille de route des questions à se poser.

Le regard critique est la seule chose pour laquelle les robots, moteurs de recherche, annuaires, bases de données, ne peuvent être utiles. C'est alors l'intelligence humaine qui prend le dessus sur l'intelligence artificielle. Ainsi, dans le cadre d'une recherche d'information, il est conseillé de ne pas se satisfaire des réponses automatiques fournies par les outils classiques (Google, Yahoo, etc.) mais de tenter de répondre à un certain nombre de questions listées ci-dessous et qui permettent de « peser » la fiabilité des informations recueillies.

En premier lieu, il est proposé de définir à quoi sert l'information recherchée et dans quelle démarche elle s'inscrit. Ensuite, il est recommandé de définir le sujet de recherche et, enfin, au regard des résultats obtenus, d'analyser l'information identifiée en s'assurant de sa qualité et de sa fiabilité.

1. Pourquoi rechercher de l'information ?

En définissant au mieux les objectifs initiaux de sa recherche, on ciblera plus finement la nature et le niveau des informations attendues. Voici une liste, non exhaustive, d'objectifs de recherche :

- Construire l'argumentation d'une action, justifier du bien-fondé du projet
- Maîtriser la thématique
- Maîtriser le contexte
- Alimenter une bibliographie
- Mieux connaître le public visé par un projet
- Connaître des projets similaires
- Choisir une méthodologie de projet appropriée
- Identifier des outils d'intervention
- Identifier d'autres équipes travaillant sur une thématique ciblée

- Profiter des acquis d'autres expériences
- Alimenter un site Internet réalisé au cours du projet
- Mettre en œuvre une évaluation.

2. Définir le sujet de recherche

- Formuler votre question en une phrase
- Tirer de la question de départ au minimum 2-3 mots ou 2-3 expressions clés
- Appliquer la « démarche prédictive » qui consiste à formuler sa question à partir des mots attendus dans la réponse
- Analyser les résultats : la ou les expressions clés en gras, la qualité des sources à la lecture des URL.

3. Indices pour évaluer la fiabilité de l'information

Une fois les pages ou sites Internet localisés, il est essentiel de vérifier la fiabilité de ces ressources car les informations n'y sont pas toujours valides. Un document bien « identifié » est un document fiable.

Voici quelques questions qu'il convient systématiquement de se poser lors d'une recherche d'information sur le web autour des interrogations suivantes : qui, quoi, quand, pourquoi, comment ?

• QUI produit l'information ?

- L'auteur ou l'organisme responsable est-il identifiable facilement ?
- S'agit-il d'un site personnel ou d'un site institutionnel ?
- Peut-on joindre l'auteur ? Comment ?
- Ses compétences dans le domaine traité sont-elles précisées ?

• De QUOI est-il question ?

- Quel est le sujet ou le thème général du site ?
- Les informations semblent-elles exactes, objectives ?
- Le traitement du sujet est-il complet, satisfaisant ?
- L'information est-elle rédigée de façon correcte (syntaxe, orthographe, vocabulaire) ?

• De QUAND date l'information ?

- Date de la création du site ?
- Date de la mise à jour du site ?
- Cette mise à jour est-elle régulière ?
- Les liens référencés sont-ils encore actifs ?

• POURQUOI cette information ?

- Est-ce un site commercial, informatif, pédagogique, de propagande ?
- L'objectif du site est-il spécifié ?



• COMMENT l'information est-elle présentée ?

- La navigation dans le site est-elle facilitée par un menu, un plan du site, un moteur de recherche interne ?
- Les publicités, s'il y en a, sont-elles clairement séparées des informations contenues dans le document ?

• PERTINENCE des informations

- Le contenu du document correspond-il au sujet de recherche ?
- Le contenu du document correspond-il au niveau d'étude ?
- Une liste de références ou de liens est-elle disponible pour une recherche plus approfondie ?
- Est-il possible de vérifier l'information en consultant d'autres sources, en ligne ou non ?

Sandra Kerzanet

Documentaliste, Département Veille et documentation, Inpes.

Pour en savoir plus

Nous présentons dans cette rubrique une liste de sources d'information en promotion de la santé et en éducation pour la santé. Loin d'être exhaustive, cette sélection présente des bases bibliographiques, des bases d'actions, des sites Internet et des revues qui nous ont semblé représentatifs du paysage de la promotion de la santé francophone et que nous avons sélectionnés pour la richesse de leurs contenus. Les sites mentionnés ont été consultés pour la dernière fois le 1^{er} décembre 2010.

► Bases de données bibliographiques

• Le **Centre for Reviews and Dissemination** est un laboratoire de recherche de l'Université d'York et de l'Institut national de santé publique anglais. Sur le site de l'Institut, une base de données bibliographiques comprenant des données en santé est accessible ; elle interroge en parallèle les bases suivantes :

– la **base Dare**, constituée de résumés structurés de revues systématiques obtenues de différentes sources et appréciées de manière critique par les spécialistes du *NHS Centre for Reviews and Dissemination* ;

– la **base EED**, constituée des résumés correspondant à des évaluations économiques des différentes pratiques médicales estimées en termes d'analyses coût/bénéfice et coût/efficacité ;

– la **base HTA** regroupe les résumés des évaluations des technologies utilisées dans le domaine des soins de santé.

En ligne : <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>



• Le **Réseau de collaboration Cochrane** est un réseau international créé en 1993. Organisation indépendante et à but non lucratif, son objectif est d'aider les professionnels de santé, les patients et les décideurs à prendre des décisions éclairées concernant les soins de santé en élaborant et en mettant à jour des revues de littérature rendues accessibles sur Internet sur le site de la *Cochrane Library*. Base de référence en médecine fondée sur les données probantes, la *Cochrane Library* permet d'accéder à des revues systématiques de la littérature en promo-

tion de la santé. L'accès au texte intégral peut être obtenu via un abonnement.

En ligne : <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

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

En ligne : <http://www.uclouvain.be/reso-bdd.html>

• **PubMed** est une base de données bibliographiques de référence dans le domaine biomédical. Créée, en 1977, par la *National Library of Medicine* (NLM) – la plus importante bibliothèque au monde dans le domaine biomédical –, elle est accessible gratuitement en ligne depuis 1991. Elle couvre l'ensemble du domaine médical : santé publique, anatomie, biologie, psychiatrie, etc. À ce jour, plus de quinze millions d'articles sont référencés dans la base.

En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

► Bases de données d'actions

• **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS**
Le Réseau français des Villes-Santé a été initié par l'Organisation mondiale de la santé au niveau européen en 1986, pour ensuite s'étendre au réseau national à partir de 1988.

Ses objectifs sont d'améliorer les conditions de vie et de travail, la qualité de l'environnement, les relations sociales et la culture au sein des villes. En France, soixante-dix villes et deux communautés d'agglomération constituent ce réseau.

Le site comprend une base d'actions, répertoriant les actions menées par les Villes-Santé francophones. On peut rechercher par ville (carte) ou par critères : mot-clé, ville, thème, population.

En ligne : <http://www.villes-sante.com/datas/som01.htm>



• **Les actions des comités d'éducation pour la santé (site de la Fnes)**

Le site de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé propose une base de données réunissant les actions développées par les comités d'éducation pour la santé. Elle comprend aujourd'hui environ 2 478 actions recensées.

La recherche peut s'effectuer à travers une carte interactive ou par mots-clés : titre, structure, thème, public, localisation, année.

En ligne : <http://www.fnes.fr/fnes/Actions/Cartographie/>

• **Outil de suivi cartographique des actions régionales de santé (Oscars)**

Créé à l'initiative du Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Oscars est un outil de pilotage et de suivi des programmes de santé disponible en accès national depuis début 2010. Le site propose la recherche selon de nombreux critères : thème, public, type d'action, zone géographique, financeur, type de structure, année.

On peut ainsi accéder aux actions (environ 6 300) recensées pour les régions Paca, Martinique et, depuis novembre 2010, Nord-Pas-de-Calais.

L'application souhaite évoluer pour intégrer à terme l'ensemble des régions de France via les agences régionales de santé.

En ligne : <http://www.oscarsante.org>

► Quelques sites Internet francophones en promotion de la santé

• Inpes

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

Son site particulièrement riche propose, outre les informations institutionnelles et l'ensemble des campagnes de santé publique mises en œuvre, l'ensemble des documents édités par l'Institut. Une base bibliographique spécialisée en éducation pour la santé, prévention et promotion de la santé, développée par le département Veille et Documentation de l'Inpes est disponible dans la rubrique « Bases documentaires ».

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr>

• Promosanté

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

En ligne : <http://www.promosante.org>

• Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES)

Association mondiale professionnelle indépendante, l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES, IUHPE en anglais) rassemble des personnes et des organisations engagées pour améliorer la santé et le bien-être des populations par l'éducation, l'action communautaire et le développement de politiques publiques favorables à la santé, partout dans le monde. Son site Internet fournit des



informations sur les activités de l'Union, sur ses publications, et donne accès à un agenda de conférences et à un congrès en promotion de la santé.

En ligne : <http://www.iuhpe.org>

• Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

L'INSPQ est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec, dont l'objectif est de faire progresser les connaissances et les compétences, de proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population. Le site Internet de l'INSPQ donne accès à l'ensemble des publications de l'Institut. L'INSPQ fait partie du réseau Santécom, regroupement de six centres de documentation québécois du secteur de la santé publique qui alimentent une base de données bibliographiques commune et accessible sur : <http://www.santecom.qc.ca>

En ligne : <http://www.inspq.qc.ca>

► Sélection de revues

• *Santé Publique* est une revue bimestrielle (six numéros par an) à comité de lecture créée en 1988 par la Société française de santé publique. Essentiellement francophone, la revue s'adresse à tous types d'acteurs en santé publique : acteurs de terrain, chercheurs, etc. Ses articles couvrent tout type de document relevant du domaine de la santé publique : interventions, pratiques, opinions, etc. La revue est aujourd'hui disponible en ligne sur la plate-forme Cairn en plus de la version papier. Les sommaires et les résumés des articles sont disponibles en libre accès, l'accès au texte intégral étant réservé aux abonnés.

En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique.htm>

• *Contact Santé* est une revue bimestrielle éditée par le Groupement régional de promotion de la santé Nord-Pas-de-Calais (GRPS). Destinée aux professionnels de santé et aux acteurs de la promotion de la santé, la revue comprend notamment un dossier thématique, mêlant réflexions et témoignages sur les actions. En

complément de la revue, le comité de rédaction alimente un blogue d'information en santé, lieu de capitalisation et de prolongement des réflexions présentes dans les dossiers.

En ligne : <http://www.else revue.fr>

• *Actualité et dossier en santé publique (AdSP)* est la revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique. Les articles abordent la question de la santé publique sous divers aspects : épidémiologie, économie, sociologie, politique. Chaque numéro contient un dossier thématique. Certains articles sont disponibles gratuitement en texte intégral sur le site de la revue.

En ligne : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=105&menu=111282>

• *Éducation Santé* est une revue mensuelle publiée par l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique. Destinée aux acteurs de terrain (animateurs, enseignants, paramédicaux, centres de santé, etc.), son objectif est de soutenir la promotion de la santé à travers les stratégies, les méthodes et processus d'évaluation, et les initiatives de terrain. L'accès aux articles en version électronique est gratuit et accessible via le site de la revue.

En ligne : <http://www.educationsante.be/es/sommaire.php>



• Anciennement appelée *Promotion & Éducation*, la revue *Global Health Promotion* est une revue multilingue (anglais, français, espagnol) à comité de lecture, éditée par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). Destinée aux professionnels de l'éducation et de la promotion de la santé, cette revue propose des pistes sur les programmes de santé réalisés à travers le monde, ainsi que des articles plus théoriques sur le concept de promotion de la santé. Les résumés sont accessibles gratuitement sur le site de l'éditeur Sage.

En ligne : <http://ped.sagepub.com/>

Laurence Auvray,
Olivier Delmer,
Laetitia Haroutinian,
Documentalistes,

Département Veille et Documentation, INPES.

Entretien avec Valérie Monfollet, assistante sociale au collège Condorcet et au lycée Camille-Claudel de Pontault-Combault (Seine-et-Marne)

Seine-et-Marne : des « ateliers de midi » pour améliorer le climat en collège et lycée

Confrontés au désœuvrement des élèves pendant le temps de midi et à la détérioration du climat dans l'établissement, un collège et un lycée de Seine-et-Marne ont instauré, dans le cadre d'un projet développé en lien avec leur Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, des ateliers pour offrir une activité encadrée répondant aux attentes des élèves. Cette initiative a un impact positif sur l'ambiance au sein de l'établissement, ainsi que sur les relations enseignants-élèves.

La Santé de l'homme : Pourquoi ces deux établissements ont-ils mis en place, depuis la rentrée, une nouvelle organisation de la pause méridienne ?

Notre démarche est directement issue des orientations du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) qui, depuis trois ans, coordonne au sein du collège Condorcet nos actions péri-scolaires. La nouvelle équipe de direction, en lien avec les enseignants et les parents a, en début d'année, expérimenté un changement de rythmes scolaires pour que les jeunes élèves commencent le matin à huit heures trente et non plus à huit heures et qu'il y ait une seule période de demi-pension (service de repas) entre onze heures trente et midi trente. Les élèves ne reprenant les cours de l'après-midi qu'à quatorze heures, il nous fallait réfléchir sur l'usage que nous pouvions faire de ce temps de pause du midi. Notre établissement compte aujourd'hui 435 demi-pensionnaires sur un effectif total de 700 élèves. De plus, le collège, installé sur deux bâtiments simplement séparés par une passerelle, ne propose aux élèves inscrits à la cantine qu'une cour avec un petit préau. Enfin, nous étions préoccupés par le développement d'actes d'incivilité, voire de violence, notamment

parce que les élèves étaient désœuvrés pendant la pause méridienne, faute d'activités organisées et encadrées.

S. H. : Vous évoquez les orientations du Cesc. En quoi concernent-elles une nouvelle organisation du temps ?

Nous sommes bien dans le cadre d'un projet d'établissement discuté avec l'ensemble de la communauté scolaire. Pour cette pause méridienne, nous pouvions imaginer un découpage administratif avec des créneaux horaires à remplir sans réflexion sur le contenu et sans suivi évaluatif. Ce n'était pas notre intention. Il y a quelques années, des professeurs avaient déjà proposé spontanément des ateliers pour les élèves devant passer plus de temps que les autres au collège. Le club d'échecs, par exemple, fonctionnait le midi. Cette expérience avait démontré qu'une activité dans un temps donné était certes bénéfique pour la gestion du hors-temps de classe, mais n'était pas suffisante si elle n'était pas inscrite dans un programme pédagogique.

S. H. : Comment avez-vous arrêté un programme d'activités pour cette pause méridienne ?

Nous avons débattu entre nous et dégagé un certain nombre de thèmes

sur lesquels des collègues voulaient s'investir. Nous avons souhaité donner du temps aux élèves, quinze jours avant les vacances de la Toussaint, pour leur permettre de faire leur choix en toute connaissance de cause. Puis, ces ateliers ont été mis en place. Cela fonctionne plutôt bien puisque tous les jours de la semaine, nous avons quatre à cinq ateliers, très exactement cinq les lundi, mardi et jeudi, quatre le vendredi. Les thèmes de ces ateliers sont très divers. Un professeur d'anglais, associé à l'infirmière, propose du *Scrapbooking*, un atelier de décoration sur support photo ou petit agenda. Cette activité concerne davantage les filles. Elle fait appel à la générosité des parents et des professeurs pour récupérer du matériel. Elle s'auto-organise sur une période de six semaines permettant ainsi aux élèves inscrits dans un autre atelier de pouvoir y participer aussi. Autres ateliers, ceux proposés par les professeurs de sport, par exemple. Ils animent deux activités : l'une concerne le « foot en salle », l'autre le tennis de table. Ces ateliers mobilisent davantage les garçons. Un surveillant dirige le vendredi une activité de danse hip-hop, un professeur de Sciences et vie de la terre (SVT) se concentre sur une activité « écologie » dont le thème principal est le recyclage (avec une subvention du conseil

général). Cet atelier est intéressant car outre la recherche et le partage de connaissances qu'il induit, il se donne aussi pour objectif de rendre le collège propre. Il réfléchit à la création de points stratégiques de collecte dans l'établissement en y associant les agents de service. Enfin, des professeurs de musique animent des ateliers de chant. Des enseignants de SVT et l'infirmière accueillent, une fois par mois, des élèves demi-pensionnaires pour leur apprendre des gestes quotidiens de secours. D'autres ateliers – orchestre et chorale, recherche scientifique – sont par ailleurs organisés. Pour ma part, j'anime deux fois par semaine une activité relaxation.

S. H. : Comment s'organisent les ateliers et quel est leur niveau de fréquentation ?

Nous avons modulé les inscriptions de façon à ce que les élèves puissent participer à plusieurs ateliers au cours de l'année. La relaxation comme le *scrapbooking*, par exemple, se déroulent sur un cycle de six semaines entre les vacances scolaires. Au premier bilan dressé après quelques semaines d'activités, 320 élèves sont inscrits, ce qui représente plus de la moitié des demi-pensionnaires, ce qui est très satisfaisant. La relaxation, le *scrapbooking*, les gestes quotidiens de secours et la danse sont bien fréquentés. Mais nous sommes obligés de limiter le nombre d'élèves pour pouvoir assurer un travail de qualité. Tous les niveaux, de la 6^{ème} à la 3^{ème}, sont représentés et il y a une bonne mixité garçons-filles.

S. H. : Les parents d'élèves ont-ils été associés à l'organisation de ces ateliers ?

Directement, non. C'est une démarche provenant de l'équipe intervenant dans le collège. Bien évidemment, nous avons présenté cette initiative aux représentants des parents et informé ces derniers, le plus largement possible, *via* Internet ou par courrier. La création de ces activités a été entérinée par le conseil d'administration et intégrée dans notre projet d'établissement. Par ailleurs, dans les courriers adressés aux parents figurait une autorisation permettant aux enfants de participer.

S. H. : Quels sont les principaux enseignements de ce trimestre d'activités ?

Des personnels de service aux enseignants, tout le monde est ravi. L'ambiance est meilleure. Nous avons gagné de la fluidité dans la gestion de la cantine, dans celle de la vie scolaire, dans celle de la cour. Nos relations sont donc différentes. Afin de permettre cette organisation nouvelle du temps de la pause du midi, nous avons imaginé au niveau de la demi-pension un code couleur par jour. Cette couleur correspond aux activités proposées. Les élèves peuvent alors présenter leur carte de cantine avec un code couleur donnant une priorité pour aller se restaurer. Une centaine d'élèves par jour est concernée. Ce qui permet de mieux gérer le flux de la demi-pension.

S. H. : Vous parlez de « relations différentes », c'est-à-dire ?

Il se passe incontestablement quelque chose pendant le temps de ces ateliers. Tous les intervenants adultes le disent. Ces moments créent un autre relationnel avec les élèves, entre eux d'abord mais aussi avec nous. Les professeurs parlent

d'un autre regard. Les élèves se découvrent dans la création d'objets, de chants, de musique, dans l'activité collective. Comme il n'y a pas de notes ni d'évaluation, ce relationnel n'est pas compétitif, il devient sympathique. L'assistante sociale que je suis est aussi désormais identifiée comme faisant de la relaxation, je suis perçue différemment et je vois les élèves autrement. La relaxation est un temps de repos, de détente, de calme. Cela prend quelques minutes, ils s'évadent. Beaucoup d'enfants s'endorment profondément car ils sont vraiment fatigués ! Les enseignants avaient d'ailleurs observé que de nombreux enfants dormaient réellement en classe, non par ennui mais par fatigue. L'atelier relaxation agit comme une sorte de miroir. Il nous oblige à porter une réflexion sur le sommeil et donc à débattre avec les parents. Des questions plus complexes sont posées sur l'hygiène du sommeil ou sur l'hygiène alimentaire. Nous rejoignons là notre projet global éducatif et pédagogique porté par le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

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

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

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré, conformément aux dispositions du Code de l'éducation (articles R 421-46 et 421-47). Instance de réflexion, d'observation et de proposition, il conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Le Cesc organise le partenariat en fonction des problématiques éducatives à traiter. Ses principales missions sont de contribuer à l'éducation à la citoyenneté, de préparer le plan de prévention de la violence, de proposer des actions pour aider les parents en difficulté, de lutter contre l'exclusion et de définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites addictives. Les Cesc sont composés de représentants des personnels éducatifs, sociaux et de santé de l'établissement, des personnels enseignants, des parents, des élèves, de la commune et de la collectivité de rattachement.

D. D.

Source : <http://www.eduscol.education.fr>

Pour en savoir plus :

Protection du milieu scolaire - Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc). Circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/45/MENE0602019C.htm>

En Isère, une expérience de suivi téléphonique pour les patients insuffisants cardiaques

Cinq établissements hospitaliers et des professionnels de santé libéraux sont réunis dans le Réseau des insuffisants cardiaques de l'Isère (Resic 38). Ce réseau propose au patient des soins, un suivi et un accompagnement global. Depuis 2007, le patient bénéficie d'un suivi téléphonique régulier.

Le réseau Resic 38 – RÉSeau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère – est un réseau de santé ville-hôpital (*lire l'encadré ci-dessous*), mis en place en 2005 pour améliorer la prise en charge du patient insuffisant cardiaque, sur les plans médical, paramédical éducatif et ambulatoire ; cette prise en charge est définie dans le cadre de référentiels internationaux (1, 2). Lors de son inclusion dans le réseau, le patient bénéficie d'un « bilan éducatif partagé » réalisé par l'infirmière coordinatrice paramédicale du réseau, bilan diffusé ensuite aux professionnels entourant le patient : médecins généraliste et spécialiste, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier, diététicien et psycholo-

gue. Ce bilan éducatif partagé identifie le fonctionnement et les besoins de la personne, face à la prise en charge de sa maladie, en abordant les thèmes du suivi médical, clinique, de l'alimentation, des activités physiques et autres recommandations médicales relatives à l'insuffisance cardiaque.

L'offre éducative du réseau repose sur un accompagnement diététique, psychologique, une aide à la surveillance clinique de l'insuffisance cardiaque du patient par un infirmier, une prise en charge de kinésithérapie en ambulatoire ou en centre de réhabilitation, des séances d'éducation collectives et des séances d'éducation et d'accompagnement individuel ainsi

qu'un suivi téléphonique. Cette offre éducative complète le suivi médical généraliste et cardiologique nécessaire. Un contrat de soin est établi entre le réseau et le patient lors du bilan éducatif partagé et ce dernier choisit « à la carte » dans cette offre ce qui lui convient.

Suivi téléphonique des patients

Face à une file active importante et grandissante – 400 patients au mois de mars 2010, plus de 750 patients inclus depuis 2005 – mais surtout dans le souci d'assurer une qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque, le Resic 38 a mis en place, depuis 2007, un suivi téléphonique régulier des patients. Ce suivi est inspiré du concept de *disease management*, démarche centrée sur les malades chroniques qui, par des interventions directes auprès des patients (aide, suivi, conseil), « vise à accroître leurs capacités à gérer leur maladie dans la perspective d'améliorer les résultats sanitaires et de réduire les dépenses » (3). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'éducation thérapeutique du patient comme devant « permettre aux patients d'acquérir ou conserver les capacités ou les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent intégré dans les soins et centré sur le patient. » (4) Dans leur discussion sur les moyens pédagogiques utilisés en éducation thérapeutique du patient, l'accompagnement ou *coaching* téléphonique est mentionné mais son utilisation doit respecter certains critères pour pouvoir être considéré comme éducatif. « Il doit poursuivre et compléter une éducation préalable du patient ; il doit être planifié, répété et

Resic 38 : un réseau de professionnels au bénéfice des patients insuffisants cardiaques

Le RÉSeau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère (Resic 38), réseau ville-hôpital, coordonne l'activité des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques. Le réseau maintient le patient autant que possible à son domicile, par la prévention des décompensations cardiaques via une meilleure vigilance personnelle et un suivi collectif de la part de l'équipe d'intervenants, la diminution des ré-hospitalisations itératives, l'amélioration de la qualité de vie des patients et de la prise en charge globale de l'insuffisance cardiaque.

Le réseau dispose d'une coordination ville-hôpital autour d'une équipe pluridisciplinaire, de dossiers de soins partagés et de référentiels de soins communs. Une éducation thérapeutique est proposée aux patients et à leur famille pour favoriser une auto-surveillance. Des formations spécialisées sont organisées et financées pour les professionnels, médicaux et paramédicaux, afin d'actualiser leurs connaissances et de les former à l'éducation thérapeutique.

Plusieurs structures de santé (centre hospitalier universitaire de Grenoble, centre hospitalier de Voiron, centre hospitalier de La Mure, clinique d'Alembert, clinique Belledonne, clinique des Cèdres, clinique Mutualiste) assurent la prise en charge pluridisciplinaire sur une grande partie du département de l'Isère, en lien avec les professionnels de villes suivantes : cardiologues, médecins généralistes, infirmiers, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes et pharmaciens. Afin de permettre aux soignants d'intervenir à domicile, le Resic 38 les indemnise pour les actes suivants : prise en charge diététique, soutien psychologique et éducation thérapeutique individuelle. Il indemnise également le temps investi dans la coordination autour du patient et le temps consacré à la formation.

Pour en savoir plus : <http://www.resic38.org>

continu dans le temps ; il doit être réalisé par une personne formée ; il doit réaliser des réajustements pour maintenir ou améliorer la maîtrise des objectifs mais aussi pour apporter de nouvelles connaissances au patient. »

Le suivi téléphonique s'effectue à une fréquence de cinq échanges par an (aux 1^{er}, 3^e, 6^e, 9^e mois et à un an). Le chargé de suivi téléphonique du Resic 38 répond aux questions du patient et échange avec lui sur les difficultés occasionnées par sa pathologie, sur ses habitudes et ses comportements pour l'accompagner vers la qualité de vie la meilleure possible. Il repère d'éventuels freins dans sa prise en charge et l'oriente si nécessaire vers les services procurés par les professionnels du réseau : consultation du médecin généraliste, du cardiologue, accompagnement psychologique, diététique, prise en charge de kinésithérapie, éducation thérapeutique dispensée à titre individuel.

Le chargé de suivi téléphonique aborde systématiquement cinq thématiques : l'état clinique ressenti, le suivi médical, le régime hydro-sodé, la pratique d'activité physique et le moral. L'échange prend en compte l'antériorité du patient au sein du réseau et donc toutes les informations disponibles le concernant : les difficultés, attentes et besoins exprimés lors du bilan éducatif partagé ou des suivis médicaux, diététique, psychologique, de kinésithérapie ou d'éducation qui ont fait l'objet de comptes rendus.

Enquête auprès des patients

Afin d'évaluer le ressenti des patients face aux appels téléphoniques, un questionnaire a été conçu puis envoyé, en mars 2010, aux cent premiers patients inclus en 2009. Il les interroge notamment sur d'éventuelles modifications de comportements consécutives aux appels. 52 % des patients ont répondu et quarante-sept questionnaires ont pu être exploités. Pour 85 % des répondants, la fréquence des appels (cinq fois par an incluant un bilan annuel) est jugée suffisante et, pour 89 %, leur durée convenable (durée moyenne d'un appel : dix minutes). Leur perception du réseau est celle du soutien, de l'accompagnement et de l'identification d'un lieu de ressources et d'informations. 90 % des répondants estiment les appels utiles. Par ailleurs, suite aux appels téléphoniques, plus de la moitié (57 %) des personnes interrogées pensent avoir principalement modifié la surveillance

de leurs signes cliniques d'une décompensation cardiaque et 51 % leur comportement alimentaire dans le cadre d'un régime hydro-sodé ; 38 % pensent avoir amélioré leur pratique d'activité physique. Mais un quart seulement des personnes interrogées pense avoir obtenu la réponse aux questions concernant leur pathologie. Sur le plan des préconisations formulées par le professionnel écoutant, 72 % des appelants ont été invités à consulter leur médecin ou cardiologue et deux tiers d'entre eux disent l'avoir fait ; 74 % ont été invités à rencontrer un autre professionnel du réseau (et un peu plus de la moitié d'entre eux l'ont fait) ; les professionnels les plus sollicités sont les diététiciens puis les kinésithérapeutes, les psychologues, les pharmaciens et les infirmiers.

L'analyse du questionnaire montre un niveau correct de satisfaction des patients face au réseau et au suivi téléphonique. Toutefois, il convient de considérer avec précaution ces résultats compte tenu de la méthodologie de l'enquête, qui demeure fragile, et du nombre limité de répondants (n=47). Néanmoins, l'enquête met globalement en avant le soutien perçu, l'accompagnement et le réconfort ressenti par la prise en charge au fil du parcours du patient dans le réseau. Les éventuelles modifications de comportement (alimentation, activité physique, etc.)

déclarées par les répondants semblent imputables au parcours global d'accompagnement, bien au-delà du seul accompagnement téléphonique.

En conclusion, le suivi téléphonique, tel que proposé au patient par le Resic 38, peut être envisagé comme une possibilité éducative si l'on se réfère à la définition de l'éducation thérapeutique : « *une compétence d'aller à la rencontre de l'autre, individu, dans sa singularité, en prenant en compte ses compétences et ses difficultés, sans pour autant renier sa profession, ses intentions, etc.* » (8). L'enquête montre en effet que le suivi téléphonique est principalement identifié et perçu comme une forme de soutien. Il offre un temps d'écoute et d'échange à la disposition des patients. L'éducation thérapeutique du patient au sein du Resic 38 recouvre plusieurs composantes éducatives qui s'additionnent pour offrir au patient une éducation se rapprochant au plus possible de ses besoins. Le suivi téléphonique en fait partie.

Pauline Rigollier

Chargée du suivi téléphonique,

Muriel Salvat

Coordnatrice médicale,

Sylvie Ducreux

Coordnatrice paramédicale, Resic 38,

Yannick Neuder

Responsable unité fonctionnelle insuffisance cardiaque, CHU de Grenoble.

► Références bibliographiques

- (1) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 2008, vol. 29, n° 19 : p. 2388-2442. En ligne : <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/29/19/2388.full.pdf+html>
- (2) 2009 Focused Update. *Journal of the American college of Cardiology*, 2009, vol. 53, n° 15 : p. 1343-1382. En ligne : <http://content.online-jacc.org/cgi/reprintframed/53/15/1343>
- (3) Bras P.-L., Duhamel G., Grass E. *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*. Paris : Igas, rapport RM 2006-136P, 2006 : 210 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000763/index.shtml>
- (4) D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Maloine, 2008 : p. 1-35 ; p. 41-60 ; p. 65-82.
- (5) DeWalt D.A., Malone R.M., Bryant M.E., Kosnar M.C., Corr K.E., Rothman R.L. et al. A heart

- failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial. *BMC Health Services Research*, 2006, vol. 13, n° 6 : p. 30.
- (6) DeWalt D.A., Pignone M., Malone R., Rawls C., Kosnar M.C., George G., et al. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient education and counseling*, 2004, vol. 55, n° 1 : p. 78-86.
- (7) Holst M., Willenheimer R., Mårtensson J., Lindholm M., Strömberg A. Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *European journal of cardiovascular nursing*, 2007, vol. 6, n° 2 : p. 153-159. Epub 2006, Aug 22.
- (8) Sandrin Berthon B. Éduquer un patient : comment être plus performant ? *La revue du praticien, médecine générale*, 2001, tome 15, n° 549 : p. 1727-1730.

Entretien avec Claudie Haxaire, ethnologue, département des sciences humaines de la faculté de médecine de Brest et Cesames (CNRS/Paris V)

« Les médecins généralistes sont face à la souffrance des patients »

En Bretagne, une équipe pluridisciplinaire – ethnologue, linguiste, médecin généraliste, psychiatre – s’est mise à l’écoute des médecins généralistes pour recueillir leur ressenti et les difficultés auxquelles ils sont confrontés en consultation. Il en ressort notamment que ces médecins sont très souvent démunis face à la souffrance de leur patient, une souffrance qui n’est pas liée à une pathologie mais à leurs conditions de vie. Cette équipe de chercheurs préconise notamment de mieux former les médecins généralistes aux sciences sociales et à une approche socio-anthropologique. Entretien avec l’ethnologue Claudie Haxaire, qui a piloté cette recherche.

La Santé de l’homme : Pourquoi et comment avez-vous réalisé cette enquête¹ auprès des médecins généralistes ?

Lors d’une enquête précédente, les médecins généralistes nous avaient beaucoup parlé de ceux qu’ils appellent les « patients psy ». Dans cette catégorie, se trouvent des patients qui n’ont pas de problèmes psychologiques déclarés et qui ne prennent pas de médicaments psychotropes, pour les-

quels ils ne posent pas de diagnostic particulier. Mais ils perçoivent chez eux une souffrance psychique et ils pensent que ces patients pourraient avoir recours, dans un proche avenir, à un traitement médicamenteux du type psychotropes. Nous avons donc poursuivi nos recherches sur ce sujet en croisant plusieurs types d’enquêtes. Nous avons en particulier organisé des groupes de discussion avec des médecins généralistes de Bretagne à propos des nouveaux problèmes qu’ils rencon-

traient en consultation. Nous avons aussi analysé des lettres envoyées par les médecins généralistes aux urgences psychiatriques.

S. H. : À quoi renvoie ce thème de la souffrance des patients en médecine générale ?

Les groupes ont travaillé sur ce qui révélait cette souffrance psychique des patients en médecine générale. Outre les symptômes de fatigue, d’insomnie

Former les médecins généralistes à parler collectivement de la souffrance

Les médecins généralistes prennent en charge, en France, 80 % des troubles mentaux et psychosociaux, des affections psychiatriques caractérisées à un mal-être diffus pour lequel le label de « souffrance psychique » est proposé, comme le soulignent les auteurs de cette enquête. Or, ces généralistes ont été très peu formés à la psychiatrie au cours de leurs études et ils ont été contraints de se construire un savoir pratique en la matière.

L’enquête présentée ici est une recherche qualitative et empirique ayant pour objectif d’identifier les représentations de la souffrance psychique par des médecins généralistes de Bretagne occidentale (Finistère et Côtes d’Armor) et de mettre à jour leur savoir pratique. Elle a été menée par une équipe pluridisciplinaire constituée de chercheurs en sciences sociales (ethnologues, linguistes), médecins et psychiatres. Six médecins généralistes ayant des contextes d’exercice différents ont notamment été interrogés, ainsi que quatre groupes de formation continue.

Ce travail se conclut sur des propositions : comment mieux former les médecins ? Les auteurs préconisent de développer, pendant les études

de médecine, l’introduction de l’approche socio-anthropologique de la maladie, de la relation médecin-patient et du contexte social de cette rencontre. Ils proposent aussi, dans la formation de médecine générale, de développer une formation spécifique sur cet aspect, d’instaurer une collaboration entre les internes de médecine générale et les enseignants de psychiatrie pour pouvoir envisager les problèmes de la souffrance psychique sous le point de vue des différents acteurs. En formation continue, ils recommandent de « mettre en place et développer des formations interactives, les seules ayant prouvé une efficacité en termes de changement dans les pratiques professionnelles. Il s’agit des groupes de pairs et de discussion, centrés sur la prise en charge des problèmes de santé en rapport avec la souffrance psychique, ainsi que des ateliers de jeux de rôle et des groupes Balint ». Pour en savoir plus, se référer à l’ouvrage complet¹.

Y. G.

ou même les pleurs, la souffrance est souvent simplement ressentie par le médecin devant des patients présentant des douleurs ou des troubles somatiques mal définis. Alors le généraliste engage un ensemble d'examens complémentaires, ayant toujours l'angoisse de passer à côté d'une pathologie grave. Or, très souvent, cette succession d'examens ne donne rien, ce qui désoriente les médecins ; en fait, ces douleurs ou troubles fonctionnels sont révélateurs de la souffrance psychosociale de ces personnes. Comme nous l'écrivons dans notre enquête, ces souffrances reflètent souvent les difficultés actuelles que les sujets et les familles rencontrent : solitude, isolement, difficultés professionnelles, chômage, difficultés affectives qui se disent en consultation ou dont ces médecins ont eu connaissance au long de la relation thérapeutique. Les symptômes sont alors interprétés par les généralistes dans le contexte des histoires de vie, qui donnent les « raisons » de la souffrance.

S. H. : Que provoque cette souffrance des patients chez leur médecin ?

C'est cette souffrance diffuse qu'ils perçoivent chez leurs patients qui place à leur tour les médecins eux-mêmes en souffrance : ils peinent à se mettre à distance, ils disent ne pas avoir d'outils de distanciation. En fait, ils n'ont pas de recours ni de prise en charge à proposer autre que justement les médicaments psychotropes, d'autant que c'est souvent ce que le patient attend de son médecin. Face à ces patients en souffrance, ils ne disposent que de l'écoute, qui « marche » parfois de façon « magique ». Bien sûr, l'écoute est une première réponse totalement adaptée et ils l'utilisent. Mais ils ne sont pas formés à l'écoute psychologique qui travaillerait sur les motifs d'un mal-être, dissimulé derrière un symptôme, comme le font les « psy », catégorie dans laquelle ils englobent les psychiatres, les psychanalystes, les psychologues, etc.

Dans la majorité des cas, le médecin écoute son patient et a un sentiment d'impuissance car il n'a pas les moyens d'agir pour réduire sa souffrance si cette dernière est psychosociale, il n'a pas la capacité d'agir sur le contexte social de ces personnes. Mais trop proche de son patient, il ne peut

prendre la distance nécessaire, et c'est cela qui le met en souffrance.

S. H. : Votre enquête met en avant le fait que les médecins généralistes se sentent souvent seuls face à leur patient. Quelle forme prend cette solitude ?

Effectivement, ce qui ressort en tous cas de notre enquête – et ne peut être généralisé à l'ensemble du corps médical – est que les médecins bretons que nous avons interviewés travaillent peu en réseau avec les autres professionnels comme les travailleurs sociaux ; et ils disent que ce n'est pas toujours facile pour eux d'adresser leur patient à un psychiatre, un psychanalyste ou un psychologue, que ces derniers ne sont pas disponibles ou que le patient refuse de les rencontrer. Dans les cas les plus difficiles, ils adressent bien entendu le patient vers les psychiatres des urgences. Mais pour les autres cas plus courants, les conditions quotidiennes d'exercice de leur métier font qu'ils ont des difficultés à co-construire avec d'autres professionnels des prises en charge sociales de leurs patients. Cela ne fait en tous cas pas partie de leurs premiers réflexes.

S. H. : Que préconisez-vous pour alléger la souffrance que ressentent les médecins généralistes face aux patients eux-mêmes en souffrance ?

Les médecins généralistes sont essentiellement formés à l'interrogatoire clinique, c'est-à-dire à extraire du discours du patient des signes cliniques qui leur permettent de poser un diagnostic. Or, ce qui arrive à leur patient – et ce avec quoi le patient arrive dans leur cabinet de consultation – déborde complètement ce cadre. Dans leur formation, il conviendrait donc *a minima* d'ajouter une formation à la relation clinique. Certains d'entre eux qui en font la démarche reçoivent d'ailleurs une formation à l'écoute psychologique, qui les forme à une véritable empathie, c'est-à-dire pouvoir être focalisé sur son patient mais en gardant de la distance.

Dans l'Union européenne, un certain nombre de pays – Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni et pays nordiques – ont intégré, sinon l'écoute psychologique, du moins la communication dans le cursus initial des forma-

tions des médecins, et leur dispensent de plus des cours de sciences sociales. Idem au Québec. On leur apprend *a minima* à analyser ce qui se passe au niveau social. Le simple fait de savoir que les sciences sociales, en tant que discipline du savoir, produisent des analyses utiles, peut leur permettre de prendre de la distance par rapport à la souffrance du patient. Ils ne se sentent alors plus responsables de tout, ils prennent conscience que cela ne relève pas de leur compétence, qu'ils ne sont pas tous seuls.

S. H. : Comment leur permettre de mieux prendre en charge la souffrance des patients ?

Les médecins généralistes posent un diagnostic de souffrance du patient mais ne peuvent pas s'adosser à des connaissances cliniques sur la souffrance psychique. Cette clinique-là est à développer. En attendant, ils posent leur diagnostic en mobilisant tout ce qu'ils connaissent de la vie du patient et qu'ils ont engrangé au fil du temps. Côté positif, leur proximité avec le patient est un atout considérable, ils replacent le patient dans son histoire et son contexte et c'est exactement ce qui est nécessaire dans la relation médecin/patient. Mais ils n'ont pas d'outils d'analyse de cette histoire et de ce contexte, c'est ce que nous essayons de faire en enseignant l'anthropologie médicale et les sciences sociales, et plus généralement les sciences humaines dans les facultés de médecine. Mais nos cursus ne sont pas obligatoires et donc peu de futurs médecins les suivent. D'où, selon nous, la nécessité d'intégrer ces sciences sociales au tronc obligatoire du cursus des études de médecine (ce qui n'est effectif qu'en première année jusqu'à présent), puis plus spécifiquement à la formation de médecine générale.

Propos recueillis par Yves Géry

J. Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (Bretagne occidentale), Claudie Haxaire (dir.), Elisabeth Richard, Cristina Dumitru-Labaye, Philippe Genest, Pierre Bodenez, Philippe Bail, et les étudiants : Céline Bouakkaz-Loubriat, Christine Noubissi-Nana. Avec la participation de Michel Waller. Cesames (UMR 8136 CNRS/Paris V) / Département des sciences humaines et de médecine générale de la faculté de médecine, service Alcool-Toxiques, CHU, Lab CR 49, Brest. 2005 : 314 p.

Juno : une adolescente face à une grossesse non désirée

La grossesse non désirée est le thème central du film *Juno*. Découvrant avec stupeur sa grossesse, une jeune adolescente voit sa vie et ses relations avec son entourage bouleversées et entend faire adopter son futur bébé par un couple. Le film de Jason Reitman donne l'occasion, par exemple, de montrer aux garçons le très fort impact psychologique, pour une adolescente, d'une perspective de maternité inattendue. Comme l'explique Michel Condé, un tel dialogue doit pouvoir favoriser une meilleure compréhension entre filles et garçons.



DR

Un film de Jason Reitman
États-Unis, 2007, 1 h 31
Avec Ellen Page, Michael Cera,
Jennifer Garner

Le film

Juno est une jeune adolescente qui, après une relation amoureuse, se retrouve enceinte. Cet événement imprévu va mettre en question aussi bien ses rapports avec son petit ami qu'avec son entourage, tout en amenant la jeune fille à s'interroger sur le sens général de son existence. Juno n'est cependant pas une fille comme les autres et elle se distingue par son indépendance d'esprit comme par une étonnante maturité qui se traduit en particulier par une constante ironie par

rapport aux autres mais aussi par rapport à elle-même.

Le film de Jason Reitman se présente comme une comédie sur l'adolescence qui échappe largement aux clichés habituels du genre. Par petites touches, il aborde avec finesse des questions qui se posent aux filles et aux garçons qui entrent dans l'âge adulte.

À quel public s'adresse le film ?

Ce film peut être vu par un large public d'adolescents et d'adultes. Ses thèmes peuvent être l'occasion d'un dialogue entre les générations. Mais *Juno*, qui propose des portraits contrastés de différents couples, permet également de s'interroger avec les

spectateurs sur les difficultés et les ambiguïtés des relations amoureuses.

Relations à la problématique santé

Le thème de la grossesse non désirée peut intéresser de nombreux éducateurs à la santé. L'intérêt du film est d'inscrire cette question dans un contexte plus large qui éclaire les difficultés de choix auxquelles la jeune héroïne est confrontée. Mais là où l'on peut supposer que le personnage opère ses choix de façon immédiate et implicite sans véritable analyse de ses motivations, les spectateurs pourront, à travers la médiation de la fiction, s'interroger de manière plus approfondie sur ces réactions, les comparer aux leurs et, enfin, les confronter à celles d'autres spectateurs. L'expérience des débats révèle en effet de grandes différences dans l'interprétation psychologique du comportement de l'héroïne mais également des autres personnages.

Ces divergences nous paraissent intéressantes à exploiter dans le cadre d'une approche réfléchie de la psychologie individuelle mais également d'un dialogue interindividuel entre des personnes d'âge ou de sexe différents. La psychologie étant une discipline universitaire, objet d'études spécialisées, la plupart d'entre nous recourons en ce domaine au « sens commun » avec parfois des naïvetés et des erreurs d'appréciation. Il ne saurait être question ici de former les spectateurs à la psychologie « scientifique », ni d'imposer un mode

unique d'interprétation (en fonction de l'une ou l'autre école) en ce domaine, mais seulement de favoriser un questionnement en confrontant les réactions des spectateurs à propos des principaux personnages du film.

Suggestion d'animation

Deux questions paraissent pertinentes à aborder avec les spectateurs. La première porte sur le changement d'attitude de la jeune héroïne Juno : découvrant, au tout début du film, qu'elle est enceinte, Juno décide assez rapidement d'avorter sans en avertir ses parents (son père et sa belle-mère), et elle se rend dans un centre d'IVG. Devant celui-ci, elle croise une condisciple qui brandit une pancarte contre l'avortement, mais Juno se moque d'elle et poursuit son chemin. Pourtant, à peine arrivée, elle va changer d'avis, s'enfuir et confier son désarroi à son amie Leah. Après une période d'incertitude, elle trouvera finalement une solution inattendue : faire adopter son futur bébé par un couple en mal d'enfant. Ce n'est qu'alors qu'elle se confiera à ses parents.

La deuxième question concerne le père de l'enfant à naître, Bleek, un jeune adolescent dont Juno ne paraît pas faire grand cas : bien qu'elle lui annonce son intention d'avorter, elle ne semble pas attendre de réaction particulière de sa part, et elle considère qu'elle n'est pas liée à lui, si ce n'est par une vague amitié. Elle lui conseillera même de se trouver une nouvelle petite amie. Bleek lui obéira mais lui reprochera de lui avoir « brisé le cœur ». Pour Bleek comme pour Juno se pose la question de leurs réactions face à l'annonce d'une grossesse imprévue : que pensent-ils ? Qu'éprouvent-ils « vraiment » ? Pourquoi semblent-ils réagir de manière relativement incohérente ?

Comme dans la vie courante, les personnages n'explicitent que partiellement leurs motivations et avouent même dans certains cas leur confusion. En outre, le film est une comédie et Juno fait preuve d'un humour souvent féroce dont on pressent aussi qu'il est en partie un masque à l'égard des autres et de son petit ami en particulier.

Sans doute de nombreux indices, disséminés notamment dans les diffé-

rents dialogues, permettent de deviner et de comprendre les motivations profondes de Juno et de Bleek. Mais l'expérience de quelques débats autour de ce film révèle à ce propos de profondes différences d'interprétation, notamment en fonction du sexe des intervenants : les femmes ont plus d'empathie pour la jeune héroïne dont elles devinent le désarroi, tandis que les hommes s'accordent souvent sur les sentiments profonds du jeune homme qui paraissent échapper à de nombreuses spectatrices. Bien entendu, cette tendance connaît de nombreuses exceptions, sans même tenir compte des réactions de rejet ou d'incompréhension que ces personnages peuvent susciter chez certains, mais elle peut aussi être l'occasion de suggérer dans un groupe mixte une répartition des participants selon le sexe, les femmes ou les jeunes filles étant invitées à réfléchir sur le comportement de Bleek, le personnage masculin, et les hommes ou adolescents sur celui de Juno, le personnage féminin¹. Pour donner plus de matière à cette réflexion, on pourra soumettre à chacun des sous-groupes une série d'extraits des dialogues qui paraissent particulièrement significatifs². Quelles réponses peut-on alors apporter à ces questions en se basant essentiellement sur les indices délivrés par le film ?

Juno, entre ironie et incertitude

En ce qui concerne Juno, deux confusions doivent être levées. La « solution » trouvée par Juno – consistant à faire adopter son futur bébé par un couple ayant publié une petite annonce dans un journal – est évidemment possible dans certains États américains mais ne le serait pas dans la plupart des pays européens où l'adoption n'est pas considérée comme une affaire privée et est plus ou moins strictement contrôlée par les autorités publiques ou par des organismes agréés par elles. Sur ce point, il convient donc de lever les incertitudes que peuvent manifester les spectateurs.

Par ailleurs, certains spectateurs interprètent le renoncement de Juno à pratiquer une IVG comme une prise de position politique, philosophique ou religieuse contre l'avortement. Cette interprétation est démentie par plusieurs éléments du film, notamment le fait que l'opposante à l'IVG est



un personnage caricatural et ridicule. En outre, les auteurs, le réalisateur Jason Reitman et la scénariste Diablo Cody, se sont explicitement déclarés pour le droit des femmes à l'avortement. Ainsi, la décision de Juno doit être comprise comme un choix subjectif, purement individuel, sans connotation idéologique (même si le contexte sur cette question conflictuelle aux États-Unis peut expliquer une certaine prudence dans le propos du film).

Mais quelles peuvent être alors les motivations de ce choix inattendu de confier l'enfant à un couple ? Certes, Juno évoque (à la suite de Su-Chin, l'opposante à l'avortement) l'image déplaisante des ongles que posséderait déjà le fœtus, mais cette motivation n'est sans doute pas la cause de son revirement ; c'est davantage un symptôme d'une décision prise par ailleurs. En effet, la première séquence du film montre l'étonnement sinon la stupéfaction de la jeune adolescente découvrant sa grossesse (et recommençant par trois fois le test toujours positif...) : on ne saura pas s'il s'agit d'un accident (préservatif déchiré) ou



DR

du résultat d'une imprévoyance, mais cet événement la place devant un choix et une prise de responsabilité à laquelle elle n'avait jamais été confrontée.

Dans le milieu ouvert et tolérant qui est le sien, l'avortement est alors l'option qu'elle envisage immédiatement. Les raisons « rationnelles » d'un tel choix sont compréhensibles étant donné son jeune âge et les difficultés qu'une grossesse entraînerait, notamment en termes d'études. De façon plus fondamentale, on comprend que la naissance d'un enfant implique une limitation importante des choix de vie : si la maternité a été longtemps vécue comme le destin naturel des femmes, ce n'est plus le cas pour beaucoup de jeunes filles aujourd'hui qui, comme Juno, supportent difficilement que leur avenir soit ainsi brutalement restreint par un tel « accident ».

Ce point mérite d'être discuté, notamment avec les participants masculins qui ne perçoivent sans doute pas de façon aussi intense la contrainte matérielle mais surtout psychologique que représente la maternité, surtout lorsqu'elle est inattendue. Bien entendu, toutes les jeunes femmes ne réagissent pas de la même manière, et certaines, même aussi jeunes que Juno, peuvent bien sûr faire (ou assumer) le choix d'une maternité. Mais, dans un cas comme dans l'autre, le sentiment de la liberté de choix – personnel et intime – est sans doute essentiel.

Et on peut d'ailleurs soupçonner que, dès la découverte de sa grossesse, la possibilité de garder cet enfant reste présente à l'esprit de Juno : le lendemain en effet, elle se rend chez Bleek et lui fait part – toujours de manière ironique – de sa décision d'avorter, mais si cette décision était aussi ferme qu'elle le prétend, elle n'aurait pas vraiment de raison d'en discuter avec lui. Cette scène, qui semble anodine, est sans doute essentielle car elle laisse deviner que, derrière une façade d'humour et d'assurance (elle se promène avec une pipe – éteinte – au bec), Juno cache une grande incertitude et une grande confusion. Et ce qu'elle demande implicitement à Bleek à ce moment-là, c'est un avis, une opinion décidée qui l'aide précisément à faire son choix, dans un sens ou dans l'autre. Le jeune adolescent ne faisant qu'acquiescer aux propos de Juno, la solution « raisonnable » s'impose alors à elle jusqu'à ce que resurgisse de façon inattendue l'option refoulée, conserver malgré tout l'enfant. L'adoption devient alors la solution « miracle » à son dilemme.

Bleek, un personnage falot ?

Le personnage de Bleek apparaît comme relativement terne et inconsistant : il ne semble pas réagir quand Juno lui annonce qu'elle est enceinte, elle lui dit même qu'elle est désolée d'avoir fait l'amour avec lui, notamment parce que ce n'est pas lui qui en a eu l'idée, et il répond seulement : « *C'était l'idée de qui ?* ». En outre, Bleek n'a aucune part à la décision

qu'elle prend de faire adopter son futur enfant. Par la suite, son rôle semble secondaire et, s'il reste ami avec Juno, il semble n'avoir aucune réaction, ni positive ni négative, par rapport aux choix qu'elle pose, comme si cet enfant ne le concernait en rien ; il ne prend pas non plus sa défense quand sa mère déclare que ce n'est pas une fille fréquentable et il semble même accepter la suggestion de Juno de sortir avec une autre fille de l'école (qu'il prétend d'ailleurs ne pas aimer parce qu'elle « *sent la soupe* »)...

Aime-t-il Juno ? Beaucoup en doute et suggèrent même qu'il a seulement profité de l'occasion qui s'est présentée pour avoir une première relation sexuelle avec elle. Pourtant, lorsqu'elle lui reproche de manière apparemment incohérente de ne pas l'emmener au bal de promotion, il lui répond que c'est lui qui aurait le droit d'être énervé et que c'est elle qui lui a « brisé le cœur ». Dans l'ambiance ironique de cette comédie, la réplique apparaît comme grandiloquente sinon ridicule mais il n'aurait aucune raison de la prononcer à ce moment si elle n'était pas vraie. De la même manière que l'ironie constante de Juno lui permet de masquer ses doutes, la timidité de Bleek cache certainement l'amour qu'il éprouve à son égard mais que l'adolescente ne semble pas partager.

Si l'on « relit » l'ensemble de ses réactions au cours du film, on constate facilement que tous les indices vont effectivement dans ce sens. Ainsi, lorsque Juno annonce à Bleek qu'elle est enceinte, son absence de réaction décidée résulte certainement de sa crainte de déplaire à la jeune fille : il n'ose pas la contredire (alors qu'on a vu qu'elle s'attend sans doute à ce qu'il l'aide à prendre une décision), et il acquiesce en fait à tout ce qu'elle dit. Sa position par rapport à la grossesse est donc toute différente de celle de Juno : si la jeune fille se sent complètement engagée sinon dominée par cette grossesse et les contraintes qu'elle représente, lui est complètement soumis à ce qu'il perçoit comme étant la volonté de la jeune fille, et il est dominé par sa propre passion et la peur de lui déplaire. Il subordonne son attitude par rapport à la grossesse à la volonté de Juno : annoncerait-elle son intention de garder l'enfant qu'il

acquiescerait certainement à cette décision.

Lors de leurs rencontres suivantes, on constate alors qu'il essaie timidement de renouer avec elle, qu'il lui fait des compliments, qu'il suggère même qu'ils puissent « se remettre ensemble », mais c'est elle qui brise là ses minces tentatives, par ses remarques ironiques. On comprend ainsi que, dans cette relation amoureuse, le jeune homme est très généralement dominé, et que c'est Juno qui a le véritable pouvoir de décision, que ce soit pour initier un rapport sexuel³ ou pour garder ou non cet enfant.

D'autres interprétations ?

N'est-ce pas là cependant forcer l'interprétation, et chaque spectateur n'a-t-il pas le droit de conserver toute liberté ? Ne doit-on pas tenir compte du fait que les personnages en question sont des êtres de fiction sur lesquels aucune vérité ne peut être en définitive établie ? Il serait évidemment absurde d'imposer de façon dogmatique ces interprétations du comportement des différents personnages : elles résultent d'une « lecture » attentive du film et, lors des rencontres avec les spectateurs, elles emportent généralement, après discussion, une assez large adhésion.

Mais l'interprétation importe sans doute moins que ce qu'elle permet de révéler de manière plus générale : Juno et Bleek n'éprouvent peut-être pas les sentiments que l'on a évoqués,



mais la difficulté à exprimer certains affects, l'émotion cachée derrière l'ironie, la crainte de perdre la face, la timidité provoquée par la passion amoureuse, la domination (morale ou mentale) subie par un partenaire dans un couple apparemment égalitaire, l'incompréhension réciproque qui peut en résulter, sont des phénomènes beaucoup plus généraux, mais sur lesquels nous avons peu l'occasion de nous exprimer parce que nous sommes pris dans la « dynamique » des relations quotidiennes.

Plus concrètement, la manière dont filles et garçons peuvent réagir face à un événement comme une grossesse inattendue est sans doute, comme on a essayé de le montrer, très différente et mérite une explicitation sinon une

confrontation : un film comme *Juno*, avec ses personnages de fiction, offre aux spectateurs un miroir imaginaire qui peut être l'occasion d'un tel dialogue en vue d'une meilleure compréhension entre les uns et les autres. Il doit permettre de mieux comprendre comment les uns et les autres s'engagent ou se sentent engagés différemment dans un tel processus, mais aussi quelles sont leurs attentes les plus profondes et les plus intimes par rapport à la relation amoureuse.

Michel Condé

Docteur ès lettres, animateur,
Centre culturel Les Grignoux,
Liège, Belgique.



1. Assigner les individus à un genre (sexué) comme à n'importe quelle autre identité construite socialement peut être réducteur et perçu comme une violence symbolique : tous les hommes n'ont pas envie de faire partie du groupe des « hommes »... On veillera donc à donner à cette proposition l'aspect d'un défi ludique et temporaire : êtes-vous capable de comprendre une personne de l'autre sexe ?

2. Pour des raisons de place, ces extraits ne sont pas reproduits ici, mais ils peuvent être consultés sur le site des Grignoux à l'adresse suivante : http://www.grignoux.be/dossiers/212/40_Juno.php [dernière consultation le 13/09/2010]

3. On peut longuement discuter sur les sentiments qu'éprouve Juno à l'égard de Bleek : ainsi on peut penser que c'est parce qu'elle n'est pas « réellement » amoureuse de lui qu'elle choisit de faire l'amour avec lui. Si lui était vierge lors de leur premier rapport, comme elle le dit explicitement plus tard, il est très vraisemblable qu'elle l'était également : elle a donc choisi Bleek pour une première expérience sexuelle précisément parce qu'elle ne se sentait pas profondément liée à lui et qu'elle pouvait ainsi avoir le sentiment de garder la maîtrise des choses. Le jeune homme et la jeune fille se sont ainsi « engagés » très différemment dans cette relation.

Et vous,

vous bougez comment aujourd'hui ?

*Fac
10 min*



*Café
5 min*



*Bibliothèque
6 min*



*Chez Julie
9 min*



Photo: Thomas Willel

Ref. Inpes 125-41010-R



Bouger 30 minutes par jour, c'est facile.

Plus d'infos sur www.mangerbouger.fr

