

# LA Santé

de l'homme



## Les professionnels de la santé et du social de l'Éducation nationale

Enquête : **adversités  
durant l'enfance  
et santé mentale**

**Travail  
et état de santé**  
des 18-65 ans

Cinésanté :  
**Le Gamin au vélo,  
un fils et son père**

# 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**

<ericgrand35@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), **Dr Zinna Bessa** (direction générale

de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes

de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain**

**Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard**

(Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne),

**Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxem-

bourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel**

**Fouache** (Codes de la Mayenne), **Philippe**

**Guilbert** (Inpes), **Zoé Héritage** (Réseau fran-

çais des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits**

(SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bor-

deaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire**

**Méheust** (Inpes), **Colette Menard** (Inpes),

**Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation natio-

nale), **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 abon-

nements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)

N°ISSN : 0151 1998

Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2011

Tirage : 5000 exemplaires

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



## Tous les deux mois

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

## Une revue de référence et un outil documentaire pour :

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

## Rédigée par des professionnels

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

**52 pages d'analyses et de témoignages**

# La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

## Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet

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

### Vous y trouverez également :

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



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

## ► ENQUÊTE

**Adversités durant l'enfance et santé mentale à l'âge adulte**

Jean-Marie Firdion ..... 4

**Près d'un Français sur dix travaille avec des problèmes de santé très sévères**

Catherine Cavalin, Sylvie Célérier ..... 8

## Dossier

## Les professionnels de la santé et du social de l'Éducation nationale

### Introduction

Sandrine Broussouloux,  
Nathalie Houzelle ..... 11

**Les carnets de route de Françoise M., médecin de l'Éducation nationale**

Jeanne-Marie Urcun ..... 13

**L'éducation à la santé, une compétence de l'infirmière de l'Éducation nationale**

Patricia Bristol-Gauzy ..... 17

**Service social en faveur des élèves et éducation à la santé : un héritage et un enjeu pour demain**

Martine Cam ..... 20

**Personnels sociaux et de santé de l'Éducation nationale : des professionnels de la promotion de la santé en faveur des élèves**

Agnès Ducros ..... 23

**« Permettre aux adolescents de changer leur regard sur la sexualité »**

Entretien avec Claire Lorton ..... 27

**À Dijon, un partenariat entre l'académie et l'agence régionale de santé**

Marie-Claude Boivin ..... 29

**Partenariat École-associations : bien fixer les règles pour en garantir l'efficacité**

Francine Hirtz ..... 31

**Dans l'Essonne, un lycée développe l'écoute et le relationnel pour désamorcer la violence**

Entretien avec Geneviève Piniau,  
Laurent Baratier, Catherine Grolier,  
Tité Castillon ..... 33

**« S'éduquer » ensemble à la santé pour développer des pratiques responsables**

Maryvette Balcou-Debussche ..... 35

**Académie de Toulouse : l'éducation affective et sexuelle, de la maternelle au lycée**

Georges Castéran, Christine Lasserre ..... 37

**Académie de Caen : un partenariat enseignants-assistants sociaux sur la prévention de la maltraitance**

Michèle Kail ..... 40

**Pour en savoir plus**

Sandra Kerzanet ..... 42

## ► AIDE À L'ACTION

**Démarche qualité des associations en promotion de la santé : des formateurs opérationnels en région**

Émilie Bodet ..... 44

**« Rendre la démarche qualité palpable et concrète »**

Sandie Sempe ..... 45

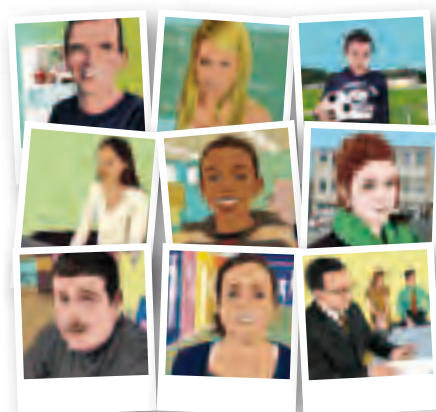
## ► CINÉSANTÉ

**Le Gamìn au vélo : un film sur le ressenti de l'abandon paternel**

Michel Condé ..... 46

## ► LECTURES

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet ..... 49



Illustrations: Joffrey Ferry

# Adversités durant l'enfance et santé mentale à l'âge adulte

**De multiples travaux scientifiques montrent que les enfants et les adolescents confrontés à des événements difficiles peuvent avoir une santé ou une capacité d'adaptation sociale altérée à l'âge adulte. Les principales adversités identifiées durant l'enfance sont les ruptures et violences familiales, les problèmes de santé mentale des parents et des conditions socio-économiques difficiles. Des interventions en promotion de la santé permettent de rompre ce continuum et font la lumière sur le bénéfice attendu de l'attention portée aux symptômes de souffrance psychique dès le plus jeune âge, la reconnaissance chez l'adulte des événements traumatiques de son enfance et, chez les parents, la mise en place d'une aide pour les épauler dans la parentalité.**



© Vladislav Galic - Fotolia.com

difficiles durant l'enfance (*Adverse Childhood Experiences*, ACE) et état de santé à l'âge adulte, en portant une attention particulière aux disparités sociales et territoriales (12, 13). Pour prendre en considération les situations socio-économiques difficiles, les concepteurs de l'échantillon représentatif de la population d'Ile-de-France ont surreprésenté les populations en zones urbaines sensibles (Zus) et résidant dans les quartiers de type ouvriers (hors Zus) selon la typologie d'Edmond Préteceille (14). Ce plan d'échantillonnage permet une analyse territoriale par type d'ilots regroupés pour l'information statistique (Iris). Au total, l'effectif de cette enquête collectée en 2005 s'élève à 3 023 personnes.

## Méthodologie de l'enquête

De nombreux travaux ont montré l'influence des événements difficiles durant l'enfance et l'adolescence sur la santé à l'âge adulte, en particulier parmi les populations défavorisées (1-10). Dans le domaine de l'analyse des troubles de la santé mentale, l'approche biographique et psychosociale permet, d'une part, de tenir compte des événements vécus durant l'enfance et, d'autre part, d'étudier le sujet individuel (avec ses mécanismes psychiques et cognitifs)

tout comme le sujet social (avec ses déterminants sociaux). Elle a été mise en œuvre dans plusieurs enquêtes récentes en France.

## Une enquête en région parisienne, qui surreprésente les populations défavorisées

Parmi les études réalisées, l'enquête<sup>1</sup> Santé-inégalités-ruptures sociales (Sirs) (11) a conduit un questionnaire rétrospectif détaillé qui a permis d'explorer les liens entre événements

## Les adversités durant l'enfance

Dans cette enquête, les données biographiques portant sur l'enfance et l'adolescence sont de quatre types :

- les ruptures familiales : séparation, divorce parental, décès précoce d'un parent, incarcération d'un parent ;
- le fonctionnement familial et les situations de violence dans la famille d'origine : mauvaise qualité des relations avec le père, avec la mère, violences entre les parents, maltraitance physique, abus sexuel ;
- la santé mentale des parents : tentative de suicide, alcoolisme ;
- les conditions socio-économiques : chômage parental prolongé, problèmes

graves de santé d'un parent, difficultés de logement, difficultés financières de la famille.

D'autres études se penchent sur des adversités telles que la consommation de drogue chez un parent ou dans la fratrie, le dénigrement de la part des parents, le placement en foyer ou en famille d'accueil, le suicide d'un membre de la famille, etc.

## La santé mentale à l'âge adulte

Dans l'enquête Sirs auprès de la population d'Ile-de-France âgée de 18 ans ou plus, les indicateurs de santé mentale pris en compte sont : l'épisode dépressif majeur (durant les quinze jours précédant l'enquête), la dépendance alcoolique, avoir fait (au moins) une tentative de suicide au cours de la vie, avoir eu un comportement violent envers son conjoint, avoir eu un comportement violent envers son enfant<sup>2</sup>.

## L'effet des adversités sur le long terme : une approche biographique et écologique

Les situations difficiles vécues durant l'enfance et l'adolescence, les traumatismes, les privations et les carences affectives sont autant d'obstacles au bon développement physique et mental des individus au cours de leur jeunesse. Ces circonstances agissent sur la genèse des rapports à l'autorité, aux institutions, elles pèsent sur la compréhension de soi et du monde social, notamment en exerçant une influence sur l'élaboration de structures cognitives et de principes d'organisation et d'action (moins estime de soi, défiance envers les autres, manque de compétence pro-sociale, *coping*<sup>3</sup> inadéquat, etc.). Elles peuvent être à la source d'anxiétés, de manque de concentration, d'irritabilité, de troubles du comportement, autant de phénomènes qui risquent d'amoinrir l'intégration sociale et d'altérer le parcours scolaire, avec des conséquences à long terme (sur le statut socio-économique, sur le risque d'état dépressif, etc.). Les conséquences de ces adversités dépendent de caractéristiques individuelles et contextuelles, ce qui pousse à conduire des analyses de type écologique, c'est-à-dire à prendre en compte les interactions de l'individu avec son milieu de vie (passé et présent). Ajoutons que ces événements difficiles durant l'enfance sont souvent corrélés (par exemple,

avoir un parent alcoolique augmente la probabilité d'être témoin de scènes de violence dans la famille et d'être victime de mauvais traitement).

## Pourquoi ces perturbations à l'âge adulte ?

Trois théories – latence, médiation, cumul – ont été élaborées pour expliquer la persistance de ces perturbations à l'âge adulte. Selon la théorie de la latence, les ACE ont un effet différé indépendamment de la situation de l'adulte. Selon la théorie de la médiation, les ACE ont une influence indirecte sur la situation à l'âge adulte au travers de modifications des ressources mobilisables ou des comportements (par exemple, un échec scolaire à la suite d'adversités sévères conduit à une faible qualification, celle-ci a pour conséquence des conditions de travail difficiles causant un état de santé d'autant plus altéré que des ressources financières moindres risquent de limiter l'accès aux soins). Selon la théorie du cumul, les ACE tout comme les conditions de vie (et les événements) à l'âge adulte expliquent les différentiels de santé (15).

Une difficulté d'analyse supplémentaire vient du fait que les populations défavorisées connaissent davantage d'adversités durant l'enfance que les populations plus aisées et que les inégalités de santé ne sont pas sans lien avec le contexte socio-familial durant l'enfance (16). Il importe donc de prendre en compte les contextes sociaux actuels et d'origine pour éclairer la différenciation des états de santé à l'âge adulte.

## Les résultats observés en Ile-de-France : l'effet sur le risque de dépression

Lors d'une autre exploitation de l'enquête Sirs, Christelle Roustit (12) et ses collègues ont identifié les adversités durant l'enfance, qui étaient associées de manière significative au risque de dépression à l'âge adulte (après ajustement sur l'âge, le genre, la situation maritale, la nationalité et le statut socio-économique) : des relations de mauvaise qualité avec le père et/ou la mère, des violences conjugales inter-parentales, des abus sexuels subis, des difficultés financières familiales. L'enquête Sirs permet une analyse de l'effet du territoire, et l'on observe une forte varia-



© Cécilia Lejeune

tion de la prévalence de la dépression selon le type d'Iris de résidence, avec une prévalence plus élevée dans les quartiers les plus défavorisés. Cependant, l'analyse<sup>4</sup> conduite par cette équipe de chercheurs met en évidence qu'une partie de la variation en fonction de la zone de résidence s'explique par les caractéristiques individuelles (biographiques et sociales) des habitants. Il n'en demeure pas moins que le fait de résider en Zus est associé à un risque relatif (Odds ratio) 1,4 fois plus élevé de présenter une dépression, à caractéristiques individuelles égales.

## L'effet spécifique de la violence entre parents sur la santé mentale à l'âge adulte

Avoir été témoin d'actes violents entre ses parents peut être un traumatisme ou un quasi-trauma (traumatisme psychique relativement minime, causé par exemple par une séparation ou un deuil, mais qui peut avoir des effets psychologiques retardés par rapport à la date de survenue de l'événement) qui atteint la santé mentale à l'âge adulte.



© Clélia Lejeune

Les chercheurs travaillant sur l'enquête SIRS se sont intéressés à la dépression, la tentative de suicide au cours de la vie, la violence conjugale agie, la violence envers ses enfants, l'alcoo-

lisme (13). Être témoin de violence interparentale fragilise le sentiment de sécurité et la confiance de l'enfant envers l'adulte, et propose les comportements violents comme mode ordinaire

de résolution des conflits. Cela se traduit par des difficultés à gérer un stress, à faire face à des situations inattendues ou difficiles, et en conséquence par des problèmes d'adaptation sociale et scolaire durant l'adolescence. Le fait d'être élevé dans une famille violente contrarie notamment l'acquisition de compétences pro-sociales (résolution non violente de conflit, posture non agressive, comportement coopératif, etc.).

L'étude montre que ces retentissements se prolongent à l'âge adulte : avoir été témoin de violences entre ses parents augmente de 40 % le risque de dépression, tandis que le risque de violence conjugale agie est 3,2 fois plus élevé, le risque de violence envers son enfant est 4,8 fois plus élevé, et celui de la dépendance alcoolique 1,8 fois plus élevé que pour les personnes n'ayant pas été témoins de violences parentales<sup>5</sup>. Par contre, cet effet n'est pas significatif pour les tentatives de suicide au cours de la vie : les effets majeurs sont dus aux mauvaises relations avec le père, la mère, l'alcoolisme d'un

## ► Références bibliographiques

- (1) Affifi T.O., Enns M.W., Cox B.J., Asmundson G., Stein M.B., Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 2008, vol. 98, n° 5 : p. 946-952.
- (2) Bonomi A.E., Cannon E.A., Anderson M.L., Rivara F.P., Thompson R.S. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 2008, vol. 32, n° 7 : p. 693-701.
- (3) Chartier M.J., Walker J.R., Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, 2010, vol. 34, n° 6 : p. 454-464.
- (4) Corso P.S., Edwards V.J., Fang X., Mercy J.A. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health*, 2008, vol. 98, n° 6 : p. 1094-1100.
- (5) Elstad J.I. Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective lifecourse study. *European Journal of Public Health*, 2005, vol. 15, n° 1 : p. 51-58.
- (6) Firdion J.-M., Parizot I. Le placement durant l'enfance et le risque d'exposition aux violences à l'âge adulte. In : Beck F., Cavalin C., Maillochon F. dir. *Violences et santé en France. État des lieux*. Paris : La Documentation française, coll. Études et statistiques, 2010 : p. 125-138.
- (7) Greenfield E.A., Marks N.F. Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 2010, vol. 34, n° 3 : p. 161-171.
- (8) Korkeila K., Korkeila J., Vahtera J., Kivimäki M., Kivela S.L., Sillanmäki L., et al. Childhood adversities, adult risk factors and depression. A population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, vol. 40, n° 9 : p. 700-706.
- (9) Mc Laughlin K.A., Hatzembuehler M.L., Phil M. Mechanisms linking stressful life events and mental health problems in a prospective, community-based sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2009, vol. 44, n° 2 : p. 153-160.
- (10) Schilling E.A., Aseltine R.H., Gore S. The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models, and interpretations. *Social Science & Medicine*, 2008, vol. 66, n° 5 : p. 1140-1151.
- (11) Chauvin P., Parizot I. dir. *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS*. Paris : Éditions de la Div, coll. Les documents de l'Onzus, 2009 : 105 p.
- (12) Roustit C., Cadot E., Renahy É., Massari V., Chauvin P. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2008, n° 35-36 : p. 321-325.
- (13) Roustit C., Renahy É., Guernec G., Lesieur S., Parizot I., Chauvin P. Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: advocacy for early prevention. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2009, vol. 63, n° 7 : p. 563-568.
- (14) Préteceille É. *La division sociale de l'espace francilien*. Paris : FNPS, 2003.
- (15) Mäkinen T., Laaksonen M., Lahelma E., Rahkonen O. Associations of childhood circumstances with physical and mental functioning in adulthood. *Social Science & Medicine*, 2006, vol. 62, n° 8 : p. 1831-1839.
- (16) Devaux M., Jusot F., Trannay A., Tubeuf S. Inégalités des chances et santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'économie de la santé*, 2007, n° 118 : 6 p.
- (17) Butchart A., Phinney Harvey A. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genève : WHO, 2006 : 102 p.

## • COMMUNIQUÉ •

parent et l'abus sexuel subi durant l'enfance.

### Quelques implications pratiques

Les travaux conduits sur l'enquête Sirs confirment que les ACE ont des répercussions dans plusieurs domaines de la santé mentale et qu'elles alimentent, au moins partiellement, le cycle de reproduction, par ces enfants victimes devenus adultes, de la violence envers les enfants. D'autres effets, structurels, interviennent en parallèle, comme les difficultés financières de la famille, de même que le fait de résider en zone urbaine sensible.

Les résultats de ces études offrent des perspectives pour diminuer la prévalence des ACE et diminuer leurs conséquences. D'une part, dans le domaine de la prévention, il s'agit d'être attentif aux symptômes de souffrance psychique dès le plus jeune âge, notamment lorsqu'une des situations dont on a vu le fort impact négatif est suspectée (10, 12, 13) ; de repérer chez l'adulte les événements traumatiques de son enfance qui risquent de retentir sur son état psychique (2, 8, 12) ; d'identifier les signes de détresse chez les parents de façon à prévenir, par des aides à la parentalité et des services à l'enfance, les violences dans la famille, la carence affective ou la dépression (1, 3, 13). D'autre part, dans le domaine de l'intervention, cette meilleure compréhension de l'influence des événements difficiles durant l'enfance permettra d'orienter plus efficacement les actions par :

- le ciblage de politiques d'information et de sensibilisation en direction des éducateurs, des professionnels de la santé ou en contact avec les jeunes et leurs familles (10, 12) ;
- des actions de prise en charge de la santé physique et mentale des populations les plus vulnérables, notamment les plus défavorisées qui résident dans les quartiers de la Politique de la ville, celles qui vivent dans l'isolement, celles qui sont coupées du monde du travail par le chômage de longue durée, etc. (3, 10, 12, 15) ;
- des programmes, en direction des enfants et des adolescents, visant à développer leurs compétences pro-sociales, leurs capacités de *coping*, et

tout ce qui concourt à la régulation de leurs émotions (6, 8, 9) ;

- la lutte contre les inégalités sociales et économiques, suivant en cela une des recommandations de l'OMS (17) pour la prévention de la maltraitance des enfants (1, 6).

De tels dispositifs de prévention et d'intervention ont un coût réel qu'il ne faut pas mésestimer, mais le bénéfice attendu est grand également, notamment en termes de bien-être et de santé à l'âge adulte, et cette dimension-là doit être prise en compte par les décideurs politiques (4).

Les travaux engagés nous incitent également à poursuivre cette démarche de recherche interdisciplinaire tant du point de vue de l'évaluation des actions et des mesures qui ont été mises en œuvre (3) que de l'amélioration de la connaissance des processus en jeu, notamment le repérage de facteurs de protection selon les contextes psychosociaux et selon le genre (7), et l'effet cumulatif des adversités (2).

**Jean-Marie Firdion**

Sociologue,  
Équipe de recherche  
sur les inégalités sociales (Eris),  
Centre Maurice Halbwachs, Paris.

1. Programme de recherche collaboratif entre l'Inserm, le CNRS et l'Ined (11).
2. Les épisodes dépressifs majeurs (EDM) sont identifiés à partir du Mini International Neuropsychiatric Interview qui, au moyen d'un arbre de décision simple, permet d'établir un diagnostic. La dépendance à l'alcool est identifiée à partir des questions au test Deta (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), qui est utilisé pour détecter les troubles liés à la consommation d'alcool. Ce test établit une suspicion sérieuse de dépendance alcoolique dès lors que sur les quatre questions, deux au moins obtiennent une réponse positive.
3. Coping : processus mobilisé par le sujet pour faire face à la vie, et notamment à une situation stressante.
4. Il s'agit d'une analyse multi-niveaux, cet échantillon résultant d'un tirage à plusieurs degrés, car une information d'un niveau supérieur ne peut être traitée de la même façon qu'une information d'un niveau inférieur. Lors du tirage, des communes ont été tirées, puis des Iris dans ces communes, puis des logements dans ces Iris (et enfin un enquêté dans le logement). Il y a donc une grappe d'enquêtés pour chaque Iris tiré et si l'on veut mesurer l'effet du type d'Iris (Zus par exemple) sur une caractéristique des enquêtés, cela nécessite une modification du calcul de la variance et des degrés de liberté par rapport à une modélisation classique.
5. Estimations ajustées à âge, genre, nationalité et statut socio-économique égaux.

# équilibres

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



**Abonnez-vous gratuitement !**

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)



## Près d'un Français sur dix travaille avec des problèmes de santé très sévères

**Une enquête réalisée auprès des 18-65 ans montre que 55 % d'entre eux sont en bonne santé, 31 % en santé moyenne et 14 % en mauvaise santé. Si l'on examine le lien avec l'emploi, sans surprise, bonne santé va de pair avec travail et emploi. Plus surprenant en revanche : une part non négligeable de ceux qui sont en mauvaise santé parviennent quand même à assumer une activité professionnelle. Ce qui leur laisse une marge de manœuvre étroite pour assumer les contraintes de leur travail.**

### Aborder le travail par la santé

« Maladies professionnelles », « risques professionnels », « souffrance au travail », « risques psychosociaux », etc. : presse généraliste (1), publications diverses (2-4), rapports officiels (5), ouvrages de spécialistes recherchant une large audience (6, 7), films documentaires (8), etc., tous se font l'écho de ces questions de « santé au travail », le plus souvent sous un angle causaliste et peu favorable – celui d'une dégradation de la santé par le travail. Pourtant, les actifs occupés se déclarent en général en bonne santé, plus que les chômeurs ou les inactifs (9-11). Qu'en est-il exactement de l'état de santé de la population à l'âge de l'activité ? Nous avons cherché à répondre à cette question pour la population des 18-65 ans, hors de laquelle l'activité est extrêmement rare dans notre pays. Les données exploitées proviennent de l'enquête Événements de vie et santé (EVS)<sup>1</sup>.

### Plus on est actif, meilleure est la santé (et/ou vice versa)

À partir d'une analyse des correspondances multiples (ACM)<sup>2</sup>, neuf types de configuration de la santé permettent de présenter les variantes de trois grandes situations : « bonne » santé (55 % de la population des 18-65 ans, types 1 à 4), « moyenne » (31 %, types 5 à 8) et « mauvaise » (14 %, type 9).

Cette classification repose essentiellement sur l'état de santé physique, la santé mentale jouant de manière secondaire et en se combinant – sans néces-

saire concordance – avec la santé physique. Le *Tableau 1* synthétise les informations concernant ces neuf types et leurs contributions aux trois grandes « zones » de santé.

### Sexe, âge et taux d'activité sont peu distinctifs

Par rapport aux résultats bien établis sur l'état de santé, qui montrent que les femmes déclarent une moins bonne santé que les hommes, cette enquête sur la santé des actifs montre qu'aucune situation de santé ne se distingue massivement des autres comme « typiquement » féminine ou masculine, ni « typiquement » liée à l'(in)activité professionnelle, ni encore très étroitement associée à l'âge (*voir Tableau 1*).

### Travailler malgré des problèmes de santé sévères

La mauvaise santé se présente comme un cumul de lourds problèmes de santé : pathologies nombreuses, souvent associées à des limitations fonctionnelles importantes (pour 94 % des personnes concernées), déclaration d'une santé physique très peu satisfaisante, pathologies plus fréquemment graves que pour l'ensemble des 18-65 ans (6 % de cancers déclarés, contre 1,4 % en moyenne), état de santé mentale dégradé, etc. Sans surprise, les personnes en mauvaise santé sont les plus éloignées de l'emploi et du travail : 47 % sont des actifs en emploi. C'est à la fois peu – nettement moins que dans toutes les autres situations<sup>3</sup> – et beaucoup si on tient compte des fortes

contraintes de santé que connaissent ces personnes. Elles représentent 7 % de l'ensemble des 18-65 ans qui travaillent ainsi avec des limitations de santé très sévères. Les 56-65 ans sont certes surreprésentés dans le type 9 qui concentre cette mauvaise santé mais les 25-55 ans, de plein âge actif, s'y comptent aussi nombreux qu'en moyenne dans l'ensemble des 18-65 ans (*voir Tableau 1*). Il s'agit donc d'une population qui peine certainement à terminer sa vie professionnelle ou qui, moins âgée, est en position très difficile pour continuer à la mener.

### Les combinaisons de la bonne santé

À l'opposé de ces situations de santé dégradée, on trouve plusieurs façons d'être en bonne santé (types 1, 2, 3 et 4). Certains ne déclarent aucune ou très peu de maladies chroniques et très rarement des limitations fonctionnelles. Leur santé mentale et physique – appréciée par des scores synthétiques de santé<sup>4</sup> – est favorablement équilibrée (type 1). D'autres présentent des profils plus discordants (types 2 et 3) : une bonne santé physique, mais une santé mentale moins favorable ou réciproquement. Enfin, une dernière situation de bonne santé (type 4 et à un moindre degré type 3) associe des déclarations de maladies chroniques un peu plus fréquentes, mais sans limitations fonctionnelles et avec des scores de santé qui demeurent favorables. On voit dans cette dernière situation certains effets des inégalités sociales de santé qui



semblent comme neutraliser l'impact de pathologies pourtant bien présentes. En schématisant à l'extrême, nous dirions que les cadres parviennent à retarder l'effet de l'âge dont les pathologies déclarées sont la marque alors que les ouvriers, l'âge venant, se trouvent davantage dans des situations de santé moyenne (ceux qui parmi eux sont en bonne santé étant encore jeunes). La bonne santé, on le voit, n'est

donc pas strictement biologique mais sociale, avantageant les groupes les mieux placés du point de vue des diplômes, des catégories socioprofessionnelles et des revenus.

### Travailler avec des problèmes de santé

Ni très mauvaise ni très bonne, la santé « moyenne » (types 5 à 8) concerne le reste des personnes, soit 31 % de la

population. Là encore, on repère plusieurs situations, où les maladies chroniques et les limitations fonctionnelles d'activité sont beaucoup plus fréquentes que pour les groupes précédents. Ainsi, on constate chez les personnes du type 8 – ceux dont l'état de santé est le moins bon dans ce groupe de « moyenne santé » – des contraintes plus importantes du fait de leur état de santé physique. Cette dégradation

**Tableau 1. L'état de santé des 18-65 ans : typologie selon l'état de santé, classement en trois catégories (bonne santé/moyenne/mauvaise)**

	Types de santé	% des 18-65 ans	Caractéristiques distinctives les plus significatives statistiquement <sup>1</sup>	Taux d'inactivité	Femmes (%)	18-24 ans (%)	56-65 ans (%)
<b>Bonne santé</b>	1	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé mentale +</li> <li>• Santé perçue en général comme « excellente » ou « très bonne »</li> </ul>	19	49	21	9
	2	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé mentale –</li> <li>• Une maladie chronique au plus (hors troubles bénins de la vue), sans limitations fonctionnelles liées à l'état de santé</li> </ul>	20	51	21	9
	3	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé mentale ++</li> <li>• Santé physique –</li> </ul>	21	45	18	15
	4	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé physique +</li> <li>• Santé mentale ++</li> </ul>	21	48	13	17
<b>Santé « moyenne »</b>	5	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé physique –</li> <li>• Santé mentale +</li> </ul>	16	50	14	15
	6	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé mentale –</li> <li>• Santé physique –</li> </ul>	22	54	11	17
	7	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé physique ++</li> <li>• Santé mentale --</li> </ul>	18	61	15	12
	8	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé mentale +</li> <li>• Santé physique --</li> </ul>	27	44	9	24
<b>Mauvaise santé</b>	9	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitations fonctionnelles liées à l'état de santé et au moins deux maladies chroniques (hors troubles bénins de la vue)</li> <li>• Santé physique --</li> </ul>	42	57	3	29
<b>Ensemble de la population des 18-65 ans</b>		100 <sup>2</sup>		23	51	14	16

Source : EVS, Drees, 2005-2006.

1. Pour les scores de santé mentale et physique, voir note 4 à la fin de l'article. Les scores ont été répartis en quartiles, autrement dit les 18-65 ans sont classés en quatre groupes d'effectifs égaux pour lesquels l'état de santé va du moins bon (1<sup>er</sup> quartile) au meilleur (4<sup>e</sup> quartile). Ce classement est schématisé dans le tableau par les signes –, --, + et ++, du 1<sup>er</sup> au 4<sup>e</sup> quartile. Ex. : 4<sup>e</sup> quartile du score de santé mentale = le meilleur état de santé mentale = « santé mentale ++ »

Lecture : le type 1, un des quatre types identifiés comme présentant une bonne santé, rassemble 11 % des 18-65 ans. Ceux-ci se distinguent en premier lieu significativement par un bon état de santé mentale (score de santé mentale situé dans le 3<sup>e</sup> quartile) et une perception globale de leur état de santé comme excellent ou très bon (analyse fondée sur une ACM et une classification de type k-means). On compte 19 % d'inactifs dans le type 1, contre 23 % en moyenne parmi les 18-65 ans.

Champ : personnes âgées de 18 à 65 ans résidant en ménage ordinaire.

2. Chiffre arrondi.

apparaît dans des limitations fonctionnelles fréquentes (53 % des individus du type 8 contre 21 % parmi les 18-65 ans). Pour cette situation d'anti-chambre de la mauvaise santé, le taux d'inactivité est proche du taux moyen (27 % *versus* 23 %), ce qui laisse supposer des situations de travail physiquement exigeantes et des difficultés probables à s'adapter au milieu de travail.

## La question de la soutenabilité du travail

En résumé, l'examen de l'état de santé des personnes à l'âge du travail montre que, si globalement la santé rime avec l'activité professionnelle, celle-ci va néanmoins de pair avec de nombreuses anomalies (étymologiquement, des irrégularités et non des anor-

malités) qui forment autant d'écarts à la norme. Georges Canguilhem présentait la maladie comme une intolérance aux « *infidélités du milieu* » (15) pour dire que la maladie n'a pas d'existence en soi, mais relativement à ce que l'on doit faire et au contexte dans lequel on le fait. L'insuffisant cardiaque aura une vie professionnelle relativement normale s'il n'est pas contraint de constamment monter des étages ou de porter des charges écrasantes. Reprenant cette perspective, on peut conclure de notre étude que la santé d'une large partie des personnes de 18 à 65 ans ne leur laisse qu'une étroite marge de manœuvre pour assumer les contraintes du travail. Les résultats de cette étude mettent donc en avant la question de la soutenabilité du travail, c'est-à-dire de

la capacité de certains actifs à faire face à leurs conditions de travail compte tenu de leur état de santé, à un moment où les carrières deviennent plus longues du fait du recul de l'âge de la retraite et où des tensions sur les conditions de travail se manifestent.

**Catherine Cavalin**

Sociologue,

Centre d'études de l'emploi, Noisy-le-Grand,

**Sylvie Célérier**

Sociologue,

Centre d'études de l'emploi,

Centre Pierre Naville,

Travail, emploi et politiques publiques

(Fédération de recherche 3126, CNRS), Évry.

## ► Références bibliographiques

(1) Parmi de nombreux exemples quotidiens trouvés dans la presse nationale : Naton J.-F. « Santé au travail, quelle réforme ? ». *L'Humanité*, 4 avril 2011 ; Bissuel A. « À 65 ans, la médecine du travail est très malade ». *Le Monde*, 5 avril 2011.

(2) Santé et travail. Connaissances et reconaissance. *Revue française des Affaires sociales*, 62<sup>e</sup> année, 2008, n<sup>os</sup> 2-3 : 448 p.

(3) Lenormand M.-C., Sermet C., Sirven N. La santé des seniors en emploi : résultats de l'enquête européenne SHARE 2006. *Questions d'économie de la santé*, 2010, n<sup>o</sup> 160 : 6 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes160.pdf>

(4) Travail précaire, santé dégradée, exclusion... : les maux du chômage. *Santé & travail*, janvier 2011, n<sup>o</sup> 73.

(5) Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, avril 2011 : 223 p. En ligne : [http://www.insee.fr/fr/ppp/comm\\_presse/comm/rapport\\_SRPST\\_definitif.pdf](http://www.insee.fr/fr/ppp/comm_presse/comm/rapport_SRPST_definitif.pdf)

(6) Pezéz M. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*. Paris : éditions Village mondial, 2008 : 214 p., du même titre que le documentaire sorti en 2006 cité ci-dessous.

(7) De Gaulejac V. *Travail, les raisons de la colère*. Paris : éditions du Seuil, 2011 : 334 p.

(8) Voir *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, film documentaire de Marc-Antoine Roudil et Sophie Bruneau, 2006.

(9) Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. *Études et résultats*, 2010, n<sup>o</sup> 717 : 8 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>

(10) Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2009, vol. 13, n<sup>o</sup> 2 : p. 77-79. En ligne : <http://www.ijoem.com/article.asp?issn=0019-5278;year=2009;volume=13;issue=2;spage=77;epage=79;aulast=Shah>

(11) Pour un cadrage général : Jusot F., Khat M., Rochereau T., Sermet C. Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir inactif ou chômeur. *Questions d'économie de la santé*, 2007, n<sup>o</sup> 125 : 4 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes125.pdf>

(12) Beck F., Cavalin C., Maillochon F. dir. *Violences et santé en France : état des lieux*. Paris : la Documentation française, coll. Études et statistiques, 2010 : 280 p.

(13) Cavalin C., Célérier S. *La santé à l'âge du travail. Une approche du travail par la santé à partir de l'enquête Événements de vie et santé (EVS, Drees, 2005-2006)*. Rapport de recherche, Centre d'études de l'emploi, 2011 (à paraître).

(14) Herzlich C. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : éditions de l'EHESS, 2005 : 222 p.

(15) Canguilhem G. *Le normal et le pathologique* (11<sup>e</sup> éd.). Paris : Puf, coll. Quadrige, 2009 : 240 p.

1. Réalisée en 2005-2006 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé, cette enquête a permis d'interroger 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans et porte sur les relations entre violences subies et état de santé. La partie santé du questionnaire, très approfondie et autonome du questionnement sur les violences, a permis de mener à bien l'exploration de la santé proposée ici. Contenant par ailleurs des informations plus limitées mais riches sur le rapport à l'emploi et au travail, elle se prête à une approche du travail par la voie de la santé.

Sur l'ensemble de cette enquête, voir la référence 12 et deux autres articles dans *La Santé de l'homme*, mai-juin 2010, n<sup>o</sup> 407 : p. 8-11 ; janvier-février 2011, n<sup>o</sup> 411 : p. 4-7.

2. Une ACM est une méthode statistique qui permet, dans une population donnée, d'évaluer les proximités et les distances entre les individus, sur la base de caractéristiques observées et permettant de structurer l'ensemble de la population (les « variables actives » ; ici, ce sont des variables de santé : scores de santé physique et mentale du questionnaire standardisé SF 12-v2 – voir la référence 4 –, maladies chroniques selon qu'elles sont ou non associées à des limitations fonctionnelles). À partir de cette étape, on peut proposer de regrouper les individus, chaque groupe se trouvant ainsi homogène en son sein et hétérogène aux autres. Pour une présentation plus détaillée, voir la référence 13.

3. C'est surtout ici que l'on trouve des personnes qui sortent de la « norme » selon laquelle le travail et la possibilité de travailler constituent en quelque sorte un étalon de la bonne santé à l'âge actif. Ne plus pouvoir travailler est le signe de la gravité de l'atteinte. Voir la référence 14.

4. Il s'agit de scores de santé (physique et mentale) calculés par le biais du questionnaire standardisé de qualité de vie, le SF 12-v2. Chacun des deux scores va de 0 (la plus mauvaise santé) à 100 (la meilleure santé) ; il est établi grâce aux réponses données à douze questions explorant des aspects variés de la santé perçue et fonctionnelle.

# Les professionnels de la santé et du social de l'Éducation nationale

La prise en compte de la santé des élèves est un sujet qui concerne l'ensemble de la communauté éducative. Les professionnels de la santé – infirmier(ère)s et médecins – et ceux du service social qui exercent en milieu scolaire sont des personnels du ministère en charge de l'Éducation nationale : cette organisation originale les positionne d'emblée dans le cadre de la mission de promotion de la santé et du service social en faveur des élèves. Ils interviennent en lien étroit avec les membres de l'équipe éducative, les parents et les autres acteurs entourant l'École.

Si le thème de l'éducation pour la santé en milieu scolaire a déjà été abordé par *La Santé de l'homme*<sup>1</sup>, le présent numéro propose d'étudier plus précisément le rôle et la place des professionnels de la santé et du service social de l'Éducation nationale, leurs missions et les enjeux de leurs interventions en faveur des élèves.

Le dossier s'articule autour de deux parties. La première s'intéresse à la pratique du métier de médecin, d'infirmier(ère) et d'assistant(e) du service social lorsque ces professionnels exercent au sein de l'institution scolaire. Chacun de ces trois premiers articles est rédigé par un conseiller technique de la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc) au ministère en charge de l'Éducation nationale : Jeanne-Marie Urcun, médecin conseiller technique, Patricia Bristol-Gauzy, infirmière

conseillère technique, et Martine Carn, conseillère technique de service social. Puis l'article d'Agnès Ducros, responsable de formation à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), fait le lien entre l'évolution des concepts de prévention et de promotion de la santé et l'évolution des pratiques de ces professionnels. Il s'agit ainsi d'explicitier comment ils participent à la prévention et à la promotion de la santé et de montrer comment ils ont fait évoluer leurs pratiques.

**« Les médecins, les infirmières et les assistantes de service social de l'Éducation nationale ont vu leurs missions évoluer considérablement. À la lecture des programmes mis en œuvre sur le terrain, on se rend compte à quel point le travail en équipe est la condition sine qua non pour réussir. »**

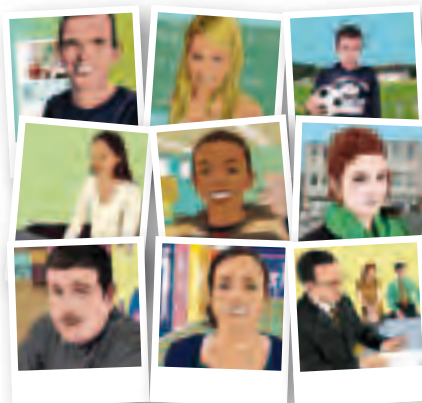
en éducation à la sexualité en primaire et au collège. Marie-Claude Boivin, médecin à l'académie de Dijon, questionne le partenariat, et en particulier celui noué entre l'Éducation nationale et l'Agence régionale de santé (ARS) et évoque les actions de prévention réalisées dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Dans un souci de complémentarité, Francine Hirtz, médecin à l'Inspection académique des Yvelines, aborde le partenariat

La deuxième partie présente des actions et programmes réalisés sur le terrain. Elle montre concrètement comment ces professionnels participent à la mise en œuvre de « l'éducation à la santé et aux comportements responsables » dans les écoles et les établissements, mais aussi au niveau des académies et avec les partenaires de l'Éducation nationale. Ainsi, Claire Lorton, médecin à l'académie de Reims, explique comment les enseignants et les professionnels de santé sont formés pour intervenir

noyé entre les écoles et des associations permettant ainsi à de nombreuses initiatives de voir le jour. Dans l'Essonne, l'équipe du lycée Doisneau mène un travail éducatif en profondeur pour créer des espaces de dialogue avec les élèves, mettre en place un dispositif d'écoute impliquant l'ensemble des personnels de l'établissement, de la proviseure aux enseignants et infirmières. Maryvette Balcou-Debussche, maître de conférences à l'IUFM-Université de La Réunion, insiste quant à elle sur le « faire ensemble » comme première condition pour une action d'éducation à la santé en milieu scolaire réussie. Georges Castéran, infirmier conseiller technique, et Christine Lasserre, infirmière à l'Éducation nationale, présentent un programme d'éducation à la sexualité de la maternelle au lycée, résultant d'un travail collectif entre les infirmières du rectorat de Toulouse et les enseignants. Enfin, Michèle Kail, conseillère technique de service social auprès du recteur, décrit la démarche de projet mise en œuvre dans l'académie de Caen pour créer un référentiel de séances de sensibilisation à la protection de l'enfance, guide pour intervenir dans les collèges.

À la lecture de ces programmes mis en œuvre sur le terrain, on comprend que promouvoir l'éducation à la santé auprès des élèves nécessite d'abord un réel travail en équipe, condition *sine qua non* pour réussir. Mais il convient aussi désormais, ainsi que le souligne Agnès Ducros, pour les médecins,

Dossier coordonné par **Sandrine Broussouloux**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, département Territoires et milieux, et **Nathalie Houzelle**, chargée de mission en éducation pour la santé, département Formation et ressources, direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes, avec le concours de **Patricia Bristol-Gauzy**, infirmière conseillère technique, **Martine Carn**, conseillère technique de service social et **Jeanne-Marie Urcun**, médecin conseiller technique, Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco), ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative.



Illustrations : **Joffrey Ferry**

infirmier(ère)s et assistant(e)s du service social de l'Éducation nationale de prendre en compte la « santé globale » des élèves, c'est-à-dire leur santé physique et mentale, l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et de leurs compétences, leur environnement, leurs difficultés. Pour ce faire, ces professionnels doivent bénéficier de formations *ad hoc*, disposer du temps et des moyens nécessaires, être reconnus comme personnes-ressources au sein de l'institution scolaire. Un programme ambitieux.

**Sandrine Broussouloux, Nathalie Houzelle**

1. Deux dossiers de La Santé de l'homme, consacrés au milieu scolaire, ont abordé la thématique de l'éducation pour la santé, soit d'une façon généraliste en traitant la question de la place et des pratiques en éducation pour la santé à l'École (numéro de novembre-décembre 2005 intitulé « Santé à l'École : tout un programme »), soit du point de vue des compétences professionnelles (numéro de mai-juin 2010 intitulé « Éducation pour la santé à l'École : quelles compétences pour les professionnels ? »).

# Les carnets de route de Françoise M., médecin de l'Éducation nationale

**Souvent appelés « médecins scolaires », les médecins de l'Éducation nationale ont des missions variées : de la visite médicale chez les petits de 6 ans à l'accompagnement personnalisé des enfants en difficulté au collège et au lycée. Ils sont confrontés à la routine des examens systématiques mais aussi à des problèmes plus lourds de handicap ou de maltraitance... Jeanne-Marie Urcun a choisi de raconter leur quotidien en écrivant un « journal de campagne » qui condense leurs principales interventions.**

## Lundi matin : visite médicale pour les « 6 ans » de l'école maternelle

Un petit groupe de mamans s'attarde ce matin devant le portail de l'école de ce village situé à une vingtaine de kilomètres de la préfecture du département. C'est aujourd'hui la visite médicale pour les enfants en dernière année de maternelle, et l'on attend l'arrivée du médecin scolaire.

La voilà : Françoise, la cinquantaine alerte, descend de sa voiture avec ses « bagages » : la sacoche avec le matériel et l'ordinateur portable sous les bras. Elle se dirige vers l'école pour s'installer dans la salle qui lui est réservée pour la journée. Elle salue la directrice et les enseignantes qu'elle connaît bien : cette école est dans son « secteur » depuis plusieurs années, et elle rencontre régulièrement l'équipe pédagogique, le psychologue scolaire pour étudier avec eux la situation d'enfants en difficulté.

Ça y est : toise, balance, échelle de vérification visuelle, audiovérificateur, papier, crayons... tout est prêt, on y va !

Les parents d'élèves eux aussi sont nombreux à connaître le médecin scolaire : bien souvent, ils – plutôt « elles », car la plupart du temps c'est la maman qui accompagne l'enfant – sont présents pour cette visite qui « fait le point » sur l'état de santé de leur enfant, ou plus exactement de leur « enfant-élève » ; 92 % des parents tiennent à être présents.

Lors de ces visites, le médecin fait un travail de dépistage et conduit des examens qui mettent au jour un certain nombre de pathologies : 30 % d'entre elles concernent l'acuité visuelle ou auditive – et ce premier dépistage doit donner lieu à des compléments d'examen réalisés ultérieurement par la famille auprès du médecin de son choix. Mais l'intervention du médecin scolaire va bien au-delà de ce travail clinique de base : l'entretien avec l'enfant et la famille s'articule autour de l'implication de l'enfant dans la vie de la classe, des activités et des compétences acquises en vue de l'entrée dans les apprentissages : motricité fine, conscience phonologique, discrimination visuelle sont explorées à l'aide de tests simples – dessiner un rond, un carré, un losange, découper une figure, retrouver de fins petits dessins au milieu d'un ensemble, découper les mots en syllabe, entendre les rimes, etc. –, l'objectif étant de s'assurer que l'enfant pourra, sans difficultés, utiliser ses capacités (ou habiletés) en particulier pour aborder la lecture.

Chaque entretien dure facilement une quarantaine de minutes en moyenne. Quand quelques difficultés se profilent, un autre rendez-vous peut être envisagé pour approfondir le constat et envisager ce qu'il convient de mettre en place (orthophonie, bilan psychologique, etc.) afin d'aider le plus tôt possible le « petit » de grande section à devenir un « grand » de CP (*lire l'encadré 1*).

1

La visite médicale au cours de la sixième année de l'enfant a été instaurée dès 1945, au lendemain de la guerre, dans une démarche essentiellement de dépistage des grands fléaux sanitaires, en particulier la tuberculose. Elle a été ainsi rendue obligatoire pour l'entrée au cours préparatoire.

Au fil des années et des politiques de santé et d'éducation, elle s'est enrichie d'objectifs plus singuliers, manifestant ainsi la spécificité de ce bilan qui s'articule actuellement autour du dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.

Les médecins de l'Éducation nationale, qui sont au nombre de 2 000 environ en France, travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites (cf. article L. 541-1 du Code de l'éducation).

## Mardi : suivi personnalisé d'élèves en collège

Aujourd'hui, Françoise reste « en ville ». Elle se rend ce matin dans l'un des quatre collèges dont elle a la charge. Avec l'infirmière de l'établissement, elle rencontre une famille qui souhaite que soit mis en place un projet d'accueil individualisé (PAI) pour son enfant, élève de sixième, qui a une allergie alimentaire caractéristique à l'arachide, au diagnostic confirmé. Le PAI est un document qui permet de préciser le rôle de chacun afin que cet élève puisse bénéficier de l'environnement adéquat pour son traitement, et que soit établi un protocole d'urgence en cas de besoin (*lire l'encadré 2*).

Cette rencontre est prévue à l'infirmier de l'établissement. Sont rassemblées toutes les personnes qui peuvent avoir un rôle dans l'accueil de cet élève. Outre les personnels de santé et la famille, sont présents le chef d'établissement et le gestionnaire de la restauration scolaire qui relève de la responsabilité des collectivités territoriales (mairies pour les écoles du premier degré, conseil général pour les collèges, conseil régional pour les lycées).

Le PAI n'est pas toujours facile à mettre en place car les « exigences » du médecin traitant sont parfois difficilement réalisables en milieu scolaire. Françoise se rappelle d'un dossier qui a nécessité de longues discussions pour adapter le traitement d'un enfant du premier degré souffrant d'un diabète insulino-dépendant et pour lequel le médecin spécialiste demandait un suivi extrêmement pointu de la part de l'établissement. Il n'est pas toujours facile de faire comprendre aux « parties en présence » que l'on ne peut demander à un enseignant de se substituer à la famille ou au personnel de santé, seuls légitimés à réaliser certains gestes...

Mais cette fois-ci, tout se déroule bien. L'allergie étant manifeste, il apparaît plus prudent que l'élève et sa famille soient autorisés à fournir un « panier-repas », dont la prise en charge dans l'établissement nécessite le respect de la chaîne du froid. La collaboration active du gestionnaire, sa compréhension et celle du chef d'établissement permettent *rapidement* d'élaborer le PAI... La matinée est déjà presque écoulée.

L'après-midi, Françoise se penche entre autres sur les dossiers de Benjamin, Cindy, Marco, Fatima. Ces élèves présentent des difficultés d'origine variable, qui nécessitent une adaptation des conditions de leur scolarité. Ils doivent pouvoir bénéficier des mêmes adaptations pour les épreuves d'examen, notamment pour le brevet des collèges. Suivant leurs besoins et les aménagements mis en place, Françoise remplit une demande qui sera validée par le médecin désigné par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Celui-ci émet un avis à l'intention de services des examens afin de prendre les mesures nécessaires : attribution d'un temps supplémentaire pour la durée d'une épreuve, aide technique ou humaine. Tout doit être envisagé pour que le futur candidat puisse se présenter aux épreuves dans des conditions satisfaisantes.

La journée n'est pas finie ! À dix-huit heures, réunion du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Cette instance, partie intégrante du statut de l'établissement du second degré, rassemble tous les acteurs de la vie scolaire : personnels de direction et d'éducation, personnels sociaux et de santé, enseignants, parents et élèves eux-mêmes. Ensemble, ils étudient les besoins des élèves sur :

- la nécessité d'une information sur les conduites addictives, en particulier la consommation excessive d'alcool, et la fréquence constatée d'épisodes d'alcoolisation rapide et intense qui préoccupe fortement les adultes ;
- le besoin d'information et d'éducation à la sexualité (contraception et protection contre les infections sexuellement transmissibles), mais aussi réflexion sur les rôles et les stéréotypes de rôles véhiculés chez les garçons et les filles ;
- la tolérance et le respect de chacun, etc. (*lire l'encadré 3*).

Mais ces projets doivent être proches des demandes des élèves eux-mêmes, car comment les impliquer dans des thématiques s'ils ne se sentent pas concernés ? Un vrai travail d'élaboration de projet, de concertation, et non une simple organisation d'un calendrier d'interventions successives se construit,

2

La circulaire interministérielle n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil des enfants et adolescents atteints d'un trouble de la santé évoluant sur une longue durée permet la mise en place de protocoles spécifiques pour l'accueil d'enfants dont l'état de santé nécessite des besoins particuliers. Le projet d'accueil individualisé (PAI) précise ce qu'il est possible de faire et par qui.

En 2008-2009, 186 021 élèves ont bénéficié d'un PAI. Les pathologies pour lesquelles il est le plus souvent demandé sont l'asthme, l'allergie, le diabète insulino-dépendant et l'épilepsie. Ce document doit être validé par un médecin de l'Éducation nationale, ou par le médecin en charge de la collectivité d'accueil.

3

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 des articles R. 421-46 et R. 421-47 du Code de l'éducation. Il est une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui 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.

4

Pour devenir médecin de l'Éducation nationale, après avoir terminé ses études de médecine et passé sa thèse, le médecin peut se présenter à une épreuve spécifique de recrutement, qui se déroule sous forme d'un oral (*voir en fin d'article*).

Une fois ce concours réussi, le médecin nouvellement intégré à l'Éducation nationale suit un cursus de formation adapté à son profil et aux connaissances et expériences déjà acquises. Lors de sa formation à l'EHESP, le médecin de l'Éducation nationale acquiert des compétences spécifiques en matière de santé publique, de troubles de l'apprentissage, de prise en charge du handicap à l'école et de la protection de l'enfance.

5

La politique de santé en faveur des élèves définit les missions de l'École dans ce domaine :

- favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves ;
- détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité ;
- accueillir et accompagner tous les élèves ;
- développer une dynamique d'éducation à la santé, à la sexualité et de prévention de conduites à risque.

6

Dans chaque chef-lieu de département et d'arrondissement, dans chaque commune de plus de cinq mille habitants et dans les communes désignées par arrêté ministériel, un ou plusieurs centres médico-sociaux scolaires sont organisés pour les visites et examens prescrits aux articles L. 541-1 et L. 541-2 du Code de l'éducation.

Ils concourent à la mise en œuvre des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé que comporte le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies prévu à l'article L. 1434-2 du Code de la santé publique.

**Article L. 541-3 du Code de l'éducation.**

et ce n'est pas toujours facile. La formation que Françoise a reçue à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) lors de ces quelques semaines passées à Rennes révèle là toute son utilité (*lire les encadrés 4 et 5*).

### Mercredi : adapter les conditions d'accueil scolaire d'un enfant en difficulté psychologique

Françoise a de la chance : il existe dans la ville où elle exerce le plus souvent un centre médico-social scolaire. Dans ce lieu, elle peut coordonner son travail avec ses collègues, les secrétaires et les infirmières, mais aussi recevoir – en dehors de l'établissement – les familles ou les élèves qui désirent la rencontrer (*lire l'encadré 6*).

Ainsi, ce matin, elle reçoit la maman d'un enfant présentant de graves troubles psychologiques, dont il faut préparer l'accueil en école élémentaire l'année prochaine. Il est nécessaire de voir avec les parents ce qu'il faut mettre en place pour cet enfant : accompagnement par une tierce personne, adaptation de la durée de présence dans la classe. Tout est envisagé dans la perspective de la réunion qui se tiendra à l'école avec l'équipe éducative et qui rassemblera, outre le médecin de l'Éducation nationale, l'enseignant, le psychologue scolaire et l'enseignant « référent », chargé de la coordination de l'accueil de tous les enfants présentant un handicap, de quelque nature qu'il soit.

Un projet personnel de scolarisation (PPS) est en cours de rédaction – encore un document, mais chacun a son importance –, définissant le rôle de chacun et ses interventions, dans le cadre de ses compétences professionnelles. Ce PPS sera présenté à la MDPH, qui attribuera la possibilité des aides nécessaires...

C'est un long travail pour Françoise. Outre la connaissance indispensable de l'état de santé précis de l'enfant – qui nécessite bien souvent des entretiens téléphoniques avec les confrères, avec l'autorisation de la famille – il s'agit pour elle de bien apprécier, en fonction de la pathologie de l'enfant et de sa connaissance du milieu scolaire, ce qu'il est possible d'envisager ou pas. Suivront les réunions à l'école, pour

envisager la concrétisation du projet... moment difficile, d'une part, pour les familles en souffrance et, d'autre part, pour des professionnels souvent très sollicités et anxieux de ne pas pouvoir faire ce qu'on leur demande.

### Jeudi : alerte pour un enfant victime de violences familiales

Aujourd'hui, Françoise va chez « les grands ». Elle se rend en effet au lycée d'enseignement professionnel (LEP), où elle rencontre les élèves en formation, mineurs, qui travaillent en atelier « mécanique auto ».

Le Code du travail stipule que certains travaux sont interdits aux mineurs ; il prévoit cependant qu'ils peuvent effectuer ces tâches dans le cadre de leur formation professionnelle, à la condition qu'ils soient reconnus « aptes » à l'exercice de ces travaux, après avis du professeur d'atelier et du « médecin chargé de la surveillance des élèves ». Françoise a donc, en début d'année, visité les ateliers avec les enseignants et s'est familiarisée avec les exigences demandées par l'utilisation de telle ou telle machine : acuité visuelle, auditive, attention, statique vertébrale, existence d'allergie ou pas, etc. En effet, les conséquences d'un exercice professionnel peuvent être multiples sur l'état de santé d'un adolescent, et il faut envisager les conséquences potentielles de son activité sur sa santé de futur travailleur. Ainsi, par exemple, un adolescent en pleine santé mais qui n'a qu'un rein ne pourra pas faire de la peinture auto (en raison de la toxicité de certains composants pour l'appareil rénal) ; de même, envisager d'être boulanger quand on est asthmatique n'est pas simple. Là encore, la formation à l'EHESP apporte des informations utiles et les contacts avec les confrères médecins du travail peuvent être précieux...

Françoise est soudain interrompue en début d'après-midi par un coup de téléphone de la secrétaire du centre médico-social, elle-même contactée par une enseignante de maternelle : celle-ci dit avoir remarqué des traces « suspectes » sur le corps d'une petite fille de cinq ans lors de la séance de piscine...

À son tour, Françoise appelle cette enseignante. L'échange laisse à penser

que cela peut être assez sérieux et Françoise « abandonne » ses visites d'aptitude pour partir à quinze kilomètres de là, rencontrer cette petite fille et faire un bilan de la situation.

Elle sait les alternatives qui s'offrent à elle : cela semble un « accident », ce qui ne rend pas admissible une éventuelle « correction » physique musclée, mais est souvent le signe d'une difficulté de fonctionnement familial : chômage, mère seule, difficultés financières... les causes sont nombreuses.

Françoise rencontrera alors la famille pour lui faire part de son inquiétude, lui signifier l'attention particulière que l'on prête à ses enfants et lui proposer de l'aide : elle établira un écrit, appelé « information préoccupante », à destination des services en charge de la protection de l'enfance pour la mise en place d'un accompagnement de la famille.

Si le cas est grave, et cela lui est déjà arrivé – même si cela n'est heureusement pas courant –, elle établira un écrit à l'intention du procureur de la République pour que l'enfant bénéficie de protection immédiate. C'est un des aspects de son métier qu'elle trouve le plus difficile.

### Vendredi : urgence pour une enfant atteinte de méningite

La journée avait commencé tranquillement par des visites en grande section de maternelle. Françoise est toujours amusée par les réflexions des enfants – voire des parents – qui s'étonnent parfois qu'elle soit « un docteur »... « *Mon enfant est en bonne santé !* », « *Je ne suis pas malade !* ». Effectivement, les médecins de l'Éducation nationale sont avec ceux de la protection maternelle et infantile (PMI) les médecins qui voient le moins de malades !

Ce qui n'est pas sans intérêt car ceci permet de garder à l'esprit ce qu'est un enfant « ordinaire » comme le soulignait l'interne de médecine qui accompagnait Françoise pendant son stage de médecine l'année dernière.

Un coup de téléphone interrompt vite ces entretiens car un cas de méningite est signalé dans un collège. Fran-

çoise s'assure de la véracité de l'information. Un enfant hospitalisé ne présente pas toujours la pathologie que la recherche du sensationnel laisse quelquefois trop vite envisager.

Mais là, il s'agit bien d'un cas de méningite. Elle s'assure auprès de l'inspection académique que l'information leur est bien parvenue et laisse parents et enfants aux bons soins de l'infirmière qui aujourd'hui travaille avec elle, une chance... Arrivée au lycée, elle rencontre immédiatement le chef d'établissement. En lien avec les autorités sanitaires, Françoise et sa collègue infirmière organisent la diffusion des informations sur les mesures à prendre (éventuelles vaccinations) ou pas, et il est assez ironique – et agaçant – d'avoir à passer plus de temps à dire ce qu'il est inutile de faire : désinfection des locaux, vaccination de tout l'établissement, etc. Heureusement, l'élève regagnera l'établissement après une absence de deux semaines, et aucun autre cas ne sera déclaré, ni dans sa famille, ni dans l'établissement.

La semaine est finie, une autre s'annonce... Pour Françoise, le travail continuera, toujours aussi varié et constitué de situations inédites, parfois cocasses, parfois tragiques : de l'« attaque » de poux dans une école au suicide d'un adolescent, de la découverte de la pratique de « jeux » du foulard dans une cour de collège au projet plein d'imagination mené par des élèves de seconde sur « la relation amoureuse », approche positive des comportements de prévention en matière de sexualité.

Comme le disent les amis médecins de Françoise : « *Eh bien, toi, au moins tu ne vois pas des gripes, des otites ou des gastro à longueur de journée...* ». Eh bien non, pense Françoise, ce rôle de « médecin du travail » de l'enfant-écolier au sein même de l'école, cette forme de médecine de prévention au service de l'élève me convient tout à fait, malgré tout (*lire l'encadré 7*).

#### Jeanne-Marie Urcun

Médecin conseiller technique,  
Direction générale de l'enseignement  
scolaire (Dgesc),  
ministère de l'Éducation nationale,  
de la Jeunesse et de la Vie associative, Paris.

7

#### Décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'Éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'Éducation nationale-conseiller technique.

« Les médecins de l'Éducation nationale sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leur secteur d'intervention (...).

Ils identifient les besoins de santé spécifiques de leur secteur et élaborent des programmes prioritaires prenant en compte les pathologies dominantes et les facteurs de risques particuliers. À cet effet, ils conduisent des études épidémiologiques.

Ils contribuent à la formation initiale et à la formation continue des personnels enseignants, des personnels non enseignants et des personnels paramédicaux ainsi qu'aux actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents menées en collaboration avec la communauté éducative.

Ils participent à la surveillance de l'environnement scolaire, notamment en matière d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.

Ils assurent les tâches médico-psycho-pédagogiques concourant à l'adaptation et à l'orientation des élèves, notamment par leur participation aux diverses commissions. »

Ces fonctions sont détaillées dans la Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001 qui précise les missions des médecins de l'Éducation nationale.

En ligne : [www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm](http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm)



# L'éducation à la santé, une compétence de l'infirmière de l'Éducation nationale

**L'étude de l'évolution du métier d'infirmier(ère), depuis la création du diplôme en 1922 jusqu'à la réforme de la formation en 2009, montre comment le rôle de soin et de prévention naturellement dévolu à l'infirmier(ère) de l'Éducation nationale a évolué vers une activité d'éducation à la santé, aujourd'hui confortée dans une « mission de promotion de la santé en faveur des élèves ». Celle-ci pourra s'exercer en tissant des liens avec les partenaires associés, ce que souligne le cadre réglementaire, et en déployant les compétences du référentiel métier maîtrisées par ces professionnels.**

L'infirmier(ère) de l'Éducation nationale, professionnel issu du milieu de la santé, exerce son métier au sein du système éducatif. Il a acquis des compétences en matière d'éducation à la santé dans le cadre de sa formation initiale et de son expérience professionnelle. Le Code de la santé publique réglemente la profession d'infirmier(ère) quel que soit le lieu d'exercice. Il définit les champs d'intervention de l'infirmier(ère), en tenant compte de l'évolution du niveau de qualification et de l'évolution de la pratique infirmière.

L'article R. 4311-15 du Code de la santé publique, relatif à l'exercice de la profession d'infirmier(ère), mentionne dans son article 1<sup>er</sup> la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

*« Selon le secteur d'activité où il (elle) exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :*

- formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- éducation à la sexualité ;
- participation à des actions de santé publique ;

• *recherche dans le domaine des soins et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.* »

En 2011, on compte 7 600 infirmier(ère)s de l'Éducation nationale. La répartition des postes infirmiers se fait en fonction de la densité de la population scolarisée et des caractéristiques des établissements d'enseignement.

## Un peu d'histoire

### Les débuts du métier d'infirmier(ère)

L'histoire du métier d'infirmier(ère) débute en 1878 mais c'est un décret de 1922 qui enregistre officiellement la profession. Les infirmier(ère)s sont alors définis comme des auxiliaires médicaux. Pour appréhender la place de l'éducation à la santé dans le métier d'infirmier(ère), il est important de retracer certaines étapes des différentes évolutions du métier.

À la fin de la guerre de 1914-1918, les problèmes de santé deviennent très préoccupants, en particulier l'épidémie de tuberculose qui fait des ravages. Pour tenter d'y faire face, sont créés des sanatoriums, centres de soins spécialisés, mais l'on constate, d'une part, que la population refuse les hospitalisations spécialisées, situées loin du domicile, et, d'autre part, que les gens ne respectent pas les règles d'hygiène. L'épidémie ne faiblit pas, les malades restent nombreux, la situation devient critique,

surtout dans les couches sociales les plus défavorisées.

Afin d'améliorer le dispositif permettant l'éradication de la tuberculose, il est alors prévu de pratiquer des dépistages et de former les malades et leur entourage à l'hygiène. L'environnement social est désormais pris en compte. C'est ainsi que la loi du 15 avril 1916 institue la création de dispensaires d'hygiène sociale et de prévention anti-tuberculeux, et prévoit des moniteurs et des infirmières d'hygiène chargés de donner « une éducation sanitaire sur place ou au domicile des malades ». L'infirmière visiteuse est née.

Lors de différents congrès internationaux de lutte contre la tuberculose, l'éducation à l'hygiène devient incontournable. Le congrès de 1923 souligne le rôle éducatif de l'infirmière visiteuse, qui est alors reconnue comme indispensable dans la lutte contre toutes les pathologies. Le décret du 27 juin 1922, créant le diplôme d'infirmier, propose deux spécialités : infirmière en hygiène sociale et en tuberculose ou infirmière en puériculture. L'infirmière est visiteuse ou hospitalière. Les infirmières visiteuses existeront jusqu'en 1932, date de la création du corps des assistantes sociales (*lire l'article page 20*). Elles disparaîtront définitivement lors de la fusion avec le corps infirmier en 1938. La professionnalisation du métier infirmier prendra son essor en 1978, avec

une avancée significative dans l'autonomie de la pratique, de la formation et de la gestion.

### Le début des infirmières scolaires

Après la Première Guerre mondiale, les médecins inspecteurs des écoles sont confrontés à des problèmes de santé identiques à ceux de la population générale et la tuberculose reste un fléau. Ils s'organisent, créent la ligue d'hygiène scolaire et réclament la présence d'infirmières d'hygiène scolaire. Leurs missions sont décrites dans le *Manuel de l'assistante d'hygiène scolaire*, publié en 1926. Elles sont chargées d'assurer la liaison avec les familles et les dispensaires, mais restent les collaboratrices du médecin lors des visites médicales. Néanmoins, leur mission principale demeure l'éducation à l'hygiène et la lutte contre les contaminations.

En 1965, le décret n° 65-693 du 10 août 1965 crée le corps des infirmières scolaires au sein de l'Éducation nationale avec des missions essentiellement centrées sur les soins, l'hygiène et la sécurité. Dans les années 1970, parallèlement, des infirmières de santé scolaire, placées auprès des inspecteurs d'académie sont rattachées, comme les médecins, au ministère de la Santé, puis sont transférées au ministère de l'Éducation nationale quinze ans plus tard dans le cadre des lois de décentralisation (Loi n° 83-663 modifiée par la loi n° 85-97 du 25 janvier 1985).

La loi d'orientation du 10 juillet 1989 précise le concept d'éducation à la santé en faveur des élèves. Elle concerne les médecins, les infirmières et les secrétaires de santé scolaire, et étend son champ d'activité à l'ensemble de ces personnels. En 1991, les médecins du service de santé scolaire sont également transférés au ministère de l'Éducation nationale et réunis, avec les infirmières, au sein du service de promotion de la santé en faveur des élèves.

### La situation actuelle

Depuis janvier 2001, le service de promotion de la santé en faveur des élèves est devenu la « mission de promotion de la santé en faveur des élèves », dont le cadre est défini par trois circulaires en date du 12 janvier 2001 :

1. Les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves (circulaire n° 2001-012). Les orientations générales appréhendent la santé « comme une composante indissociable



*de la politique éducative. La promotion de la santé participe à la prévention en assurant aux élèves tout au long de leur scolarité une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins, ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. Cette mission a pour objectif essentiel et spécifique de veiller au bien-être des élèves, de contribuer à leur réussite, et de les accompagner dans la construction de leur projet personnel et professionnel. »*

2. Les missions des infirmières de l'Éducation nationale (circulaire n 2001-014) : « *L'infirmière de l'Éducation nationale, référent santé, tant dans le domaine individuel que collectif en milieu scolaire, a un rôle de conseiller auprès du chef d'établissement en matière de santé, de prévention, d'éducation à la santé, d'hygiène et de sécurité. Elle exerce son activité en partenariat avec tous les membres de la communauté éducative et en lien étroit avec les familles. »*

3. Les missions des médecins de l'Éducation nationale (circulaire n° 2001-013) (*lire l'article page 13*).

### La formation d'infirmier(ère) aujourd'hui

Depuis la rentrée 2009, un nouveau programme d'études définit la formation des étudiants en soins infirmiers. Cette formation permettra, dès juin 2012, d'obtenir le grade de licence en fin d'études, parallèlement au diplôme d'État. Le référentiel métier précise les dix compétences de l'infirmier(ère), qui intègrent les savoir-faire et les savoir-être. Parmi ces définitions, figure celle d'initier et de mettre en œuvre les soins éducatifs et préventifs.

Ne se substituant pas au cadre réglementaire, ce référentiel décrit les activités, puis les compétences, rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État d'infirmier.



Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au Code de la santé publique :

- accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
- évaluer une situation clinique ;
- concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
- mettre en œuvre des soins à visées diagnostiques et thérapeutiques ;
- initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
- communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
- analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
- rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
- organiser et coordonner des interventions soignantes ;
- informer et former des professionnels et des personnes en formation.

La formation initiale de l'infirmier(ère) diplômé d'état est dispensée au sein des instituts de formation de

soins infirmiers. Après le concours d'admission à l'Éducation nationale, les infirmier(ère)s bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi organisée dans chaque académie. Elle comprend notamment un module d'éducation à la santé et des notions de base en santé publique. Par ailleurs, un tutorat professionnel est mis en place pendant l'année de stage de l'infirmier(ère).

Dans le cadre de la formation continue, une formation spécifique peut être proposée en fonction d'un besoin ou d'un approfondissement nécessaire des connaissances.

### L'évolution de la profession en matière d'éducation à la santé

La publication récente de plusieurs textes législatifs et réglementaires concernant la restructuration des systèmes de soins entraîne une modification de l'exercice de la profession d'infirmier(ère).

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), de juillet 2009, prévoit dans le cadre de la création des agences régionales de santé (ARS) de renforcer l'efficacité du système de santé en coordonnant les politiques de santé au niveau des territoires avec les autres services de l'État. Le pilotage de l'ensemble des programmes de prévention et d'éducation à la santé à destination des jeunes sera assuré dans ce cadre. La mission de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Éducation nationale doit pérenniser les partenariats déjà existants en matière de prévention (*lire les articles pages 29 et 31*).

En outre, le dispositif académique de formation doit servir de levier pour accompagner les infirmier(ère)s dans le domaine de l'éducation à la santé, en constante évolution.

La profession d'infirmier(ère) a depuis toujours pris en compte la dimension du concept d'éducation à la santé. Elle détient une compétence avérée et légitime, confortant dans le contexte actuel des évolutions de santé publique, son rôle majeur.

#### Patricia Bristol-Gauzy

Infirmière conseillère technique,  
Bureau de la santé, de l'action sociale  
et de la sécurité,  
Direction générale de l'enseignement  
scolaire (Dgesco),  
ministère de l'Éducation nationale,  
de la Jeunesse et de la Vie associative, Paris.

### Bibliographie

- Bristol-Gauzy P., Kerneur C. *Infirmière de l'Éducation nationale*. Paris : Maloine, coll. Professions de santé, 2011 : 202 p.
- Knibiehler Y. dir. *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Paris : Hachette, 1984 : 366 p.
- Dessertine D. *Infirmières visiteuses de la lutte antituberculeuse en France (1900-1930)*. *Bulletin du centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, 1995, n° 2-3 : p. 55-63.

# Service social en faveur des élèves et éducation à la santé : un héritage et un enjeu pour demain

**En France, le service social de l'Éducation nationale est un service social spécialisé, organisé en fonction du public auquel il s'adresse : les élèves, les étudiants et les personnels. Les assistants de service social et conseillers techniques de service social exerçant leur fonction au sein du service social en faveur des élèves sont membres de la communauté éducative et concourent directement au service public de l'éducation. S'inscrivant dans le cadre d'une prévention globale, ils contribuent à la mise en œuvre des actions d'éducation à la santé et à la citoyenneté, à la prévention et au traitement des difficultés personnelles, sociales et familiales des élèves, par des actions individuelles et collectives d'écoute, d'évaluation, d'aide et de médiation afin de réduire les inégalités et de favoriser la réussite individuelle et sociale de tous les élèves.**

Si l'on définit l'éducation à la santé comme ayant pour objectif l'acquisition par chacun, tout au long de la vie, des compétences et des moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, et l'éducation à la santé à l'École comme une activité centrée sur les apprentissages des compétences civiques, comment le service social en faveur des élèves parvient-il à répondre aux missions qui lui sont confiées ?

## **Assistant de service social : une profession du travail social**

Le travail social a pour mission de réduire les inégalités, d'aider les individus et les groupes à résoudre les problèmes qu'ils rencontrent au niveau économique et social, et de favoriser leur accès aux droits.

Le premier droit de l'individu est celui de pouvoir exister en tant qu'être humain, c'est-à-dire à la fois comme sujet social, relié au groupe, mais aussi comme individu capable de subvenir à ses besoins tels que hiérarchisés par Maslow<sup>1</sup> : besoins physiologiques, primaires, de survie, besoins de sécurité physique, besoins sociaux ou de reconnaissance, besoins d'estime et réalisation de soi. Partageant le point de vue d'Élisabeth Bautier et Jean-Yves Rochex (1), nous dirons que *« le sujet se construit toujours dans le social mais*

*comme être toujours singulier, cette singularité se construit dans une logique spécifique, celle du processus de personnalisation, qui n'est pas réductible à une détermination mais est le produit du débat entre le sujet et ses expériences. »* Ce droit est aussi celui de vivre en bonne santé : en état de complet bien-être physique, mental et social selon la définition de l'OMS.

En contribuant à la promotion de la santé globale, à la réduction des inégalités sociales ayant un impact sur la santé, à la réussite scolaire, à l'insertion sociale et professionnelle, le travail social aide au respect de ce droit. Les politiques sociales sont ainsi à l'interface des politiques éducatives, de santé, de l'enfance, de la jeunesse, de la famille, de l'emploi et du logement.

Dans un contexte de crise économique et de sous-emploi, l'accès aux droits et à la satisfaction des besoins humains se réduit, au risque d'atteindre l'intégrité des individus et de fragiliser la cohésion sociale. Le travail social vise à combler ce déficit. Il est ainsi conçu et identifié, selon le lieu et la période où il s'exerce, principalement dans sa fonction d'intégration, de réduction des écarts entre droits théoriques et réalités, d'aide à l'accès aux droits fondamentaux tels que les droits à la santé, à

l'éducation, mais aussi dans sa fonction de promotion de la santé individuelle ou collective.

Être à l'écoute des autres, accompagner les personnes en difficulté, créer des liens, reconstituer des réseaux de solidarité, mais aussi négocier, élaborer des projets, être acteur du développement social : le travail social revêt de nombreuses réalités et autant de responsabilités qui font l'intérêt des métiers du secteur.

Dans le champ social, ces vingt dernières années ont été marquées par la place prise par les processus d'exclusion – difficultés d'insertion des jeunes, développement des problèmes de dépendance et du grand âge, de l'intégration et de la discrimination, questions liées aux évolutions des territoires... Ces évolutions ont conduit les pouvoirs publics à engager une réforme des formations, des certifications et des diplômes du travail social pour faire face à ces enjeux.

## **Une méthodologie d'intervention adaptée aux nouveaux enjeux de société**

La profession d'assistant(e) de service social est définie à l'article L. 411-1 du Code de l'action sociale et des familles qui précise les compétences requises

pour l'exercice du métier, ainsi que les modalités et champs d'intervention<sup>2</sup>.

Dans une démarche éthique et déontologique, l'assistant(e) de service social contribue à créer les conditions pour que les personnes, les familles et les groupes, avec lesquels il travaille, aient les moyens d'être acteurs de leur développement et de renforcer les liens sociaux et les solidarités dans leurs lieux de vie.

Plus précisément, à partir d'une analyse globale et multiréférentielle des situations, il procède à l'élaboration d'un diagnostic social et d'un plan d'intervention conclu avec la participation des intéressés. Il contribue aux actions de prévention, initie, promeut, pilote ou participe aux actions collectives et de groupes dans une dynamique partenariale et d'animation de réseau en favorisant l'implication des usagers.

L'intervention sociale d'aide à la personne et l'intervention sociale d'intérêt collectif constituent les deux méthodologies d'intervention introduites par la réforme du diplôme d'État en 2004, approche complémentaire qui traduit un processus dynamique et interactif articulé autour de la personne appréhendée comme sujet, acteur et auteur, en capacité de mobiliser ses propres ressources et son environnement pour résoudre ses difficultés.

*« L'intervention sociale d'aide à la personne est une démarche volontaire et interactive, menée par un travailleur social qui met en œuvre des méthodes participatives avec la personne qui demande ou accepte son aide, dans l'objectif d'améliorer sa situation, ses rapports avec l'environnement, voire les transformer. Cette intervention est mandatée par une institution qui définit, par son champ légitime de compétence, le public concerné » (2).*

L'accompagnement social est la clef de voûte de cette intervention qui mobilise, par ailleurs, une approche globale de la situation, une logique de contrat avec la personne et une dynamique de projet, le tout dans le respect des principes éthiques définis par la profession. Toutefois, cette modalité d'intervention ne se limite pas à une relation duelle ; elle peut intégrer la dimension collective et associer les compétences complémentaires d'autres professionnels : *« L'intervention sociale d'intérêt collectif*

*envisage les conditions d'existence d'une population sur un territoire déterminé ; elle se donne pour objectif la prise en compte d'intérêts collectifs, entendus comme des facteurs susceptibles de faciliter la communication sociale des divers groupes et, par-là, d'aider à la maîtrise de la vie quotidienne, dans ses diverses dimensions. Elle (...) correspond à une pratique appelée par l'approche institutionnelle et collective de l'action sociale. » (3)*

Ainsi, l'intervention sociale d'intérêt collectif prend en compte la finalité de l'action, la promotion, le renforcement ou la restauration d'objectifs d'intérêt général et de bénéfices collectifs « d'une population » donnée sur le territoire où s'exercent les activités de cette population. Le bénéfice recherché est alors d'ordre collectif avant d'être d'intérêt individuel.

### **Le service social en faveur des élèves aujourd'hui**

Depuis toujours, le service social en faveur des élèves a été, tant au niveau de ses orientations que de son organisation, tributaire de l'évolution des politiques publiques et des différentes conceptions qui ont prévalu en matière d'organisation de la protection sanitaire et sociale des enfants et des jeunes.

Inscrit dans une dynamique de protection de la santé de l'enfant, le service social scolaire prend naissance officiellement avec l'ordonnance du 18 octobre 1945 et la création du service d'hygiène scolaire du ministère de l'Éducation nationale. Le service social avait alors pour mission essentielle de contribuer à redresser une situation sanitaire particulièrement grave au lendemain de la guerre (malnutrition, épidémie de tuberculose, etc.). Ses missions ont depuis lors considérablement évolué.

Le service social en faveur des élèves est aujourd'hui un service social spécialisé qui s'appuie en 2011 sur quelque 2 580 assistant(e)s sociaux(les), soit 7 % du nombre total d'assistant(e)s de service social en France, estimé à 39 000 (Drees 2000), recrutés par voie de concours ou par voie de détachement d'autres administrations publiques après obtention du diplôme d'État.

Le service social en faveur des élèves intervient en premier lieu dans les établissements du second degré et dans la mesure où les moyens le permettent – ou à titre expérimental – dans les

écoles, ainsi qu'au sein des maisons départementales des personnes handicapées.

L'action sociale au profit des élèves se situe dans le cadre d'un renforcement général du dispositif de prévention, moyen de lutter contre les inégalités.

### **Une organisation des missions autour de grands axes**

Les missions actuelles du service social en faveur des élèves se déclinent autour de cinq grands axes<sup>3</sup> :

- contribuer à aider l'élève à construire son projet personnel, en participant notamment à la prévention de l'échec scolaire et de l'absentéisme ;
- participer à l'orientation et au suivi des élèves en difficultés et identifier ceux qui doivent bénéficier d'une éducation spécialisée ou adaptée ;
- participer à la prévention et à la protection des mineurs en danger et apporter son conseil à l'institution dans ce domaine ;
- participer à l'éducation à la vie et à la responsabilité en prenant en compte la dimension sociale de la santé conçue dans son sens large ;
- contribuer à faire de l'école un lieu de vie.

L'assistant du service social apporte aide, soutien et accompagnement social aux élèves et à leur famille. Il est également conseiller de l'institution pour les questions relevant de son champ de compétence. Son expertise et la veille sociale qu'il met en place, son rôle d'interface avec les partenaires, ses interventions individuelles et collectives dans le cadre de l'éducation aux comportements responsables et à la prévention en font un acteur essentiel du système éducatif.

Confronté aux problèmes de mal-être, de violence, de délinquance juvénile, de conduites addictives, d'absentéisme, ou pour faire face aux difficultés d'accès aux droits et aux soins, l'assistant(e) du service social est conduit à centrer progressivement son action sur le repérage des situations difficiles, à tisser des liens avec les différents partenaires et à traiter en priorité les situations individuelles (prévention secondaire).

Toutefois la prévention primaire comme l'éducation à la santé et à la

citoyenneté est un champ d'action privilégié, partagé avec les personnels de santé et les membres de la communauté éducative tant au cours des entretiens individuels que lors d'actions collectives mises en œuvre dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Si les assistant(e)s sociaux(les) prennent appui sur les valeurs de l'individu, non réductibles à ses caractéristiques, et s'opposent à tout discours déterministe, ils risquent, à l'inverse, d'enfermer l'élève dans son individualité. Le travail de l'assistant social consiste, en collaboration avec ses partenaires, à permettre au jeune de se positionner par rapport à son histoire personnelle, familiale, scolaire, se distancier, se construire un monde qui a du sens, gagner en autonomie par rapport aux divers lieux de socialisation que sont la famille, l'école, les pairs, les médias, reconnaître les ressources dont il dispose pour surmonter les difficultés...

Les entretiens d'aide (intervention sociale d'aide à la personne) ont pour objet « la résolution de problèmes » et l'accès aux droits. Ils constituent pour l'élève l'occasion de comprendre l'origine de ses difficultés et d'aller chercher dans ses propres ressources et dans son environnement – ce qui implique une posture réflexive –, la solution. Ainsi, l'élève expérimente, en situation, dans une relation de confiance, l'apprentissage de l'expression des sentiments, la gestion des émotions et gagne en estime de soi. En cela, il acquiert des compétences psychosociales, de l'autonomie et prend des initiatives. Il développe son « pouvoir d'agir » (*empowerment*), l'une des compétences attendues du socle commun.

Les difficultés rencontrées pour les jeunes peuvent être de plusieurs ordres : personnelles, familiales, sociales, de santé, scolaires, etc. Aide, écoute, accompagnement, orientation, évaluation : l'approche du service social est globale et multidimensionnelle. Ce travail d'accompagnement social est réalisé en lien avec les parents, premiers éducateurs, souvent demandeurs d'aide, de conseils et de soutien quant à la scolarité, la santé et l'éducation de leur enfant.

Les actions collectives sont souvent l'occasion pour les élèves de recevoir

des informations, de réfléchir et d'acquérir des compétences afin d'adopter des attitudes responsables, respectueuses de soi et d'autrui.

Ces interventions peuvent être proposées à des groupes d'élèves rencontrant les mêmes difficultés et donner lieu à un travail social collectif sur le sujet (par exemple sur le décrochage scolaire). Elles peuvent être choisies par des jeunes volontaires, réunis sur des temps et des espaces réservés, en groupes de paroles, en clubs « vie et santé », etc. Les échanges au sein du groupe et les interactions entre élèves, encadrés par le professionnel, sont au cœur de l'acquisition de compétences. Ces thématiques peuvent concerner la vie au collège, les relations garçons-filles, les relations parents-enfants ou parents-adolescents, le respect de l'autre et de la différence, les discriminations, etc.

Plus généralement, les actions d'éducation à la santé, à la sexualité, l'éducation aux comportements responsables, au respect et le travail sur l'estime de soi, la connaissance des droits de l'enfant, la prévention (violences entre élèves, conduites addictives, maltraitance et violences sexuelles ou à caractère sexiste, etc.), font l'objet de projets développés dans le cadre du CESC à partir des priorités nationales et des besoins identifiés par les établissements. Le service social initie ou concourt à la mise en œuvre de ces actions, en lien ou intégrés aux enseignements, et en associant les partenaires compétents.

Des actions de soutien à la parentalité sont également proposées dans les établissements ou dans les locaux de partenaires, dans le cadre des réseaux d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents, comme l'opération « mallette des parents en 6<sup>e</sup> », par exemple<sup>4</sup>.

L'établissement peut lui-même être associé à des opérations dans le cadre de projets territoriaux tels que ceux développés dans les ateliers santé-ville, les opérations de développement social ou contrats urbains de cohésion sociale et bientôt dans le cadre des agences régionales de santé.

### En conclusion

La relation d'aide comme la prévention et l'éducation aux comportements

responsables impliquent un véritable décloisonnement des compétences professionnelles et une transdisciplinarité active et solidaire qui permettent la mise en œuvre d'un accompagnement des publics, y compris les plus fragiles. Ce modèle interactif rend nécessaire le dialogue ouvert pour nos services et nos institutions, et doit tendre vers le maillage de toutes les ressources et compétences. C'est la complexification, intégrant les divergences de points de vue au lieu de les évacuer, qui constitue la pierre angulaire de la créativité, de l'innovation et du changement. Cela passe par des identités professionnelles affirmées, reconnues et une nécessaire solidarité.

**Martine Carn**

Conseillère technique de service social,  
Bureau de la santé, de l'action sociale  
et de la sécurité,  
Direction générale  
de l'enseignement scolaire (Dgesc),  
ministère de l'Éducation nationale,  
de la Jeunesse et de la Vie associative, Paris.

1. Maslow, psychologue américain (1908-1970), distingue cinq grandes catégories de besoins humains qu'il hiérarchise sous la forme d'une pyramide à cinq niveaux.

2. Le diplôme et l'exercice de la profession sont aujourd'hui réglementés par le décret n° 2004-533 du 11 juin 2004 relatif au diplôme d'État et à l'exercice de la profession d'assistant de service social et l'arrêté du 29 juin 2004 relatif au diplôme d'État de service social, Journal Officiel du 23 juillet 2004, BO n° 2004.

3. Extrait de la circulaire n° 91-248 du 11 septembre 1991 relative aux missions et fonctionnement du service social de l'Éducation nationale.

4. La « mallette des parents » est destinée à améliorer le dialogue entre les parents d'élèves et l'École. Depuis la rentrée 2010, elle propose aux établissements des outils pour organiser trois ateliers-débats avec les parents des élèves de 6<sup>e</sup> dans 1 300 collèges. À la rentrée 2011, la « mallette des parents – 6<sup>e</sup> » continue avec le même nombre de collèges que l'année passée et une « mallette des parents – 3<sup>e</sup> » est proposée dans 39 collèges de l'académie de Versailles à titre expérimental. En ligne : <http://eduscol.education.fr/pid23372-cid53343/mallette-des-parents.html>

### ► Références bibliographiques

- (1) Bautier E., Rochex J.-Y. *L'expérience scolaire des nouveaux lycéens, démocratisation ou massification ?* Paris : Armand Colin, 1998.
- (2) Rapport du Conseil supérieur du travail social, 1996.
- (3) Rapport du Conseil supérieur du travail social, 1988.

# Personnels sociaux et de santé de l'Éducation nationale : des professionnels de la promotion de la santé en faveur des élèves

**Au cours des dernières décennies, les missions des personnels sociaux et de santé – médecins, infirmiers et assistants sociaux – de l'Éducation nationale<sup>1</sup> ont considérablement évolué. Leur travail consiste de plus en plus à prendre en compte la santé globale des élèves : santé physique et mentale, estime de soi et ressources, environnement physique et social. Agnès Ducros insiste sur le fait que ces personnels doivent être bien formés pour relever ce qui apparaît comme un véritable défi.**

En France, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, quand le « service national d'hygiène scolaire et universitaire » est créé, deux fléaux dominant : la tuberculose, qui a explosé pendant les années d'occupation, et les conséquences de la malnutrition, c'est-à-dire le rachitisme. Presque cinquante ans plus tard, en 1991, quand sont créés le service « social en faveur des élèves » et celui « de promotion de la santé en faveur des élèves », le paysage sanitaire et social français s'est modifié et les pratiques professionnelles s'en trouvent donc bouleversées.

## Des évolutions rapides et considérables

En 1945, les professionnels du tout nouveau « service de santé scolaire », composé d'assistant(e)s sociales, d'infirmier(ère)s et de médecins, ont pour principales missions le dépistage des pathologies prioritaires de l'époque. Par ailleurs, d'autres infirmières exercent au sein des lycées où elles vivent au contact d'élèves internes, qui le plus souvent ne quittent l'internat que pour les mois d'été. Chargées de prendre soin de ces jeunes, elles vont jusqu'à se considérer comme « substituts maternels ».

L'arrivée des antibiotiques, les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie modifient rapidement le paysage sanitaire. L'état de

santé physique des enfants et des adolescents s'améliore très nettement. Dès les années 1950, les préoccupations de santé publique évoluent et les dimensions psychique et sociale de la santé sont davantage prises en compte<sup>2</sup>.

La part des déterminants sociaux de la santé est telle que l'École ne peut plus se protéger des problématiques générées par l'apparition de « nouveaux maux » (1) (nouvelles infections sexuellement transmissibles, surpoids et obésité, consommations abusives de substances psychoactives, souffrance psychique, violence) qui agissent sur le comportement des élèves et vont parfois jusqu'à interférer sur le bon déroulement des enseignements au sein des classes. À cela s'ajoute le poids de la massification scolaire débutée en 1959 par la prolongation de l'obligation scolaire jusqu'à 16 ans et poursuivie par l'accompagnement d'élèves toujours plus nombreux jusqu'au baccalauréat. La scolarisation de tous est maintenant effective. Certains élèves porteurs de graves troubles de la santé ou de handicaps suivent de plus en plus des cursus scolaires comme tout un chacun. L'École est même devenue un lieu où peuvent se révéler des problèmes de santé, et les professionnels enseignants sont bien souvent en première ligne pour les observer. En même temps, le regard sur les difficultés scolaires se

modifie et on s'attarde de plus en plus à en chercher les causes.

## Une mutation des pratiques et postures professionnelles

À l'École, il s'agit non seulement de repérer les difficultés de santé, de les dépister, de les prévenir, mais bien plus globalement de promouvoir la santé de tous les élèves aussi bien de façon individuelle que collective. D'ailleurs, dans une circulaire de 2001, le ministère de l'Éducation nationale considère que la santé dans l'Institution scolaire est « *l'affaire de tous* » (2).

Cette évolution a impacté de façon radicale la place et le rôle des professionnels sociaux et de santé à l'École. Pour chacun d'eux, il est demandé, depuis 1991, dans les circulaires de missions (3-5), de contribuer à la réussite et au bien-être des élèves. Ils ont maintenant à se préoccuper de prévention, d'éducation et à s'inscrire dans le cadre d'une politique publique de promotion de la santé en faveur des élèves à laquelle concourt l'Éducation nationale en tant que milieu de vie des enfants et des adolescents. Cette approche a conduit inévitablement à un changement majeur de leur posture professionnelle. Ils ont à réorienter en profondeur leurs pratiques professionnelles, traditionnellement circonscrites autour de la prise en charge individuelle, dans une



relation duelle avec l'élève, pour les élargir à la dimension collective de la santé et de la citoyenneté.

### Une approche globale de l'élève

La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 (6) permet de mieux comprendre ce que nécessite ce changement de posture. Tout d'abord, l'élève est placé au centre du système. Ensuite, la notion de « communauté éducative » est créée, à laquelle appartiennent dorénavant les personnels sociaux et de santé. Enfin, dans son rapport annexé, il est affirmé la nécessité de « favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé ». Le projet est ambitieux et l'État choisit pour le mener de rassembler sous la tutelle de l'Éducation nationale l'ensemble des personnels sociaux et de santé, ce qui est chose faite en 1991.

Depuis cette date, ces personnels sont devenus à part entière des person-

nels de l'Éducation nationale. Il ne s'agit pas pour eux de s'éloigner de leur cœur de métier initial, c'est-à-dire du social pour les uns et du sanitaire pour les autres (car ne l'oublions pas, si l'Éducation nationale recrute ces personnels, c'est bien pour avoir en son sein des assistant(e)s de service social, des infirmier(ère)s et des médecins), mais d'être capables d'y apporter une dimension scolaire et éducative et, à ce titre, d'être intégrés pleinement dans l'institution Éducation nationale. Ils doivent dorénavant investir l'approche globale de l'élève : son éducation, sa santé, sa vie sociale, et se situer à l'interface des divers intervenants qui y participent (famille, école, santé, social). Il s'agit d'élargir leur approche de l'élève, non plus seulement à sa dimension individuelle mais aussi collective ; de ne pas se limiter à la vie de l'élève au présent mais de prendre en compte le futur, c'est-à-dire de « veiller à son bien-être du moment et de contribuer à sa réussite

ultérieure ». Il leur est ainsi demandé de devenir les référents sociaux et santé de l'institution et des conseillers techniques dans leurs domaines de compétences, notamment auprès des inspecteurs de l'Éducation nationale, des directeurs d'école, des chefs d'établissement. Les professionnels sociaux et de santé de l'Éducation nationale font d'ailleurs fréquemment référence à cette compétence de « conseil technique ». Mais commençons par nous interroger sur ce qu'implique cette compétence.

### Rôle fondamental de conseil technique

Le rôle du conseiller technique est d'accompagner et d'apporter une aide à la prise de décision des personnels d'encadrement qu'il conseille (*voir ci-dessus*). Il rejoint par là le sens donné par Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon (7) à la fonction de santé publique, à savoir que « face au monde de la décision, la santé publique constitue un domaine d'expertise, le spécialiste de santé publique se donne comme celui qui produit la connaissance dont a besoin le décideur pour agir. » Il s'agit donc bien pour ces personnels de l'Éducation nationale de s'appuyer sur leur science, sur leur expertise respective afin d'apporter les éléments utiles voire nécessaires à la prise de décision. Cela signifie qu'ils doivent abandonner la notion prescriptive du conseil dans le domaine de la santé ou dans le domaine social, notamment informatif, et réorienter leur action aussi bien en prévention individuelle que collective. Il leur faut apprendre à développer et à s'approprier des méthodes d'analyse réflexive des situations rencontrées dans leur exercice professionnel, c'est-à-dire recueillir des données sur l'état de santé ou sur la situation sociale des élèves de leur secteur et les mettre en rapport avec les données issues de la littérature. Puis il convient de transcrire le langage de leur science pour des professionnels qui ne sont pas issus du même milieu professionnel. Ils doivent, en outre, être en capacité d'apporter une synthèse et une analyse de tout cet ensemble, de les présenter et d'argumenter pour que finalement le décideur puisse prendre sa décision en se fondant sur ces éléments utiles. Acquérir et s'approprier cette démarche nécessite d'accompagner les professionnels et pose inévitablement la question centrale de leur formation, en particulier en promotion de la santé.



## Le défi de la promotion de la santé

En effet, l'Éducation nationale pose le principe de mettre en œuvre des projets territoriaux dans et autour des établissements scolaires, dans le cadre conceptuel de promotion de la santé. Ainsi est-il essentiel pour les professionnels santé et sociaux de l'Éducation nationale d'être bien au clair avec ce concept, les cinq axes d'intervention et les trois types d'activités qu'il recouvre (*lire l'encadré ci-dessous*). La finalité de la promotion de la santé est de permettre à « un groupe ou un individu, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à lui » (8). La grande force de ce concept est de réconcilier, d'une part, approches individuelle et collective, et, d'autre part, préventif et curatif.

## Contexte et responsabilité institutionnels

Le défi est grand pour les personnels santé et sociaux de l'Éducation nationale. Il n'est surtout pas question de renier ce qui a construit leur identité de « soignant » ou de « travailleur social », mais d'y ajouter de nouvelles connaissances et compétences qui élargiront leur champ d'intervention à la promotion de la santé en faveur des élèves. À eux aussi d'être les porteurs de ce concept au sein de l'institution. En effet, celle-ci est naturellement tournée vers son activité première qu'est l'éducation, parfois encore trop réduite à la transmission disciplinaire. Tenir compte de l'enfant et de l'adolescent dans sa globalité, dans son milieu de vie, et impulser des politiques locales sociales et de santé dans un territoire éducatif restent encore souvent plus faciles à dire qu'à faire.

Il ne suffit donc pas de décréter dans des textes réglementaires que la politique de santé en faveur des élèves relève de la promotion de la santé et que les professionnels de santé doivent



y prendre part. Encore faut-il que le contexte institutionnel soit favorable.

## Le cadre réglementaire

L'arsenal réglementaire dont s'est dotée l'Éducation nationale est indéniablement favorable à l'évolution des pratiques. Deux textes choisis parmi d'autres le montrent bien : la circulaire sur les comités à la santé et à la citoyenneté (CESC) (9) et le décret sur le socle<sup>3</sup> commun de connaissances et de compétences (10). C'est dans les CESC qu'est conçu, mis en œuvre et évalué le projet éducatif en matière d'éduca-

tion à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence. Il est intégré au projet d'établissement, et la place faite aux professionnels sociaux et de santé y est entière. Quant au socle commun de connaissances et de compétences, il s'organise autour de sept compétences dont deux concernent le développement des compétences sociales, civiques, l'autonomie et l'initiative, dans lequel s'inscrit incontestablement le sens du travail effectué par les personnels sociaux et de santé à l'Éducation nationale.

## La formation formelle et informelle

La formation est essentielle pour l'accompagnement des professionnels dans l'exercice de leur mission. Mais à l'issue des concours de recrutement pour intégrer l'Éducation nationale, seuls les médecins bénéficient d'une formation initiale statutaire, organisée à l'École des hautes études en santé

## Le concept de promotion de santé

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et les moyens de l'améliorer. Cinq domaines stratégiques d'intervention sont définis pour la promotion de la santé en milieu scolaire : des politiques pour des écoles en santé, un environnement physique et social favorable, une approche communautaire, le développement de compétences individuelles et des services de santé. Les activités développées en promotion de la santé sont de trois types : éducation, protection et prévention et doivent s'articuler pour être efficaces.

publique, suffisamment longue pour qu'ils puissent réfléchir ensemble à leur positionnement professionnel. Les infirmier(ère)s et les assistant(e)s de service social disposent quant à eux d'une formation d'adaptation à l'emploi. Mais celle-ci est courte et oblige souvent à aborder prioritairement des aspects pratiques des métiers au détriment d'une réflexion plus approfondie sur la posture professionnelle et son cadre conceptuel. Pour ce qui est de la formation continue des médecins, des infirmier(ère)s et des assistant(e)s sociaux(ales), l'offre est très variable d'une académie à l'autre et son rôle n'est pas d'amener la réflexion sur une posture professionnelle. Celle-ci se fait le plus souvent dans un cadre informel dont il ne faut pas sous-estimer la valeur. La formation « sur le tas » et l'acquisition d'une expérience passent aussi par les réunions de service et par le développement d'habitudes de travail commun, entre ces trois catégories de personnels, et la plupart du temps dans une démarche de promotion de la santé en faveur des élèves.

### Le duo conseiller et décideur

Pour le médecin, l'infirmière et l'assistante sociale, être « conseiller technique », c'est développer et mettre en œuvre des compétences particulières.

Mais ceci implique aussi que les personnels d'encadrement les considèrent comme des conseillers techniques potentiels et qu'ils les mobilisent dans ce sens. Or, à entendre les professionnels de terrain, ce n'est pas encore suffisamment le cas. Si l'on examine le ressenti de ces professionnels, ils se plaignent souvent – d'une façon probablement caricaturale – de conserver une image désuète qui leur colle à la peau, et ce parfois jusque dans leur institution : « les assistant(e)s de service social et les difficultés financières », « les infirmier(ère)s et les bobos du corps et de l'esprit », « les médecins et les visites médicales à la chaîne ». Le fait qu'ils possèdent de solides compétences spécifiques qui s'appuient sur leur expertise particulière et leur bonne connaissance du milieu scolaire reste encore sous-utilisé. Leurs compétences d'aide à la décision pour la mise en œuvre de la politique de santé de l'établissement pourraient à l'avenir être mieux exploitées, en particulier grâce au développement de formations entre différentes catégories professionnelles sur la promotion de la santé en milieu scolaire.

### En conclusion

Médecins, infirmiers et assistants sociaux de l'Éducation nationale doivent poursuivre leur travail d'expli-

cation sur les évolutions de leurs rôles et de leurs pratiques professionnelles pour que leurs compétences soient reconnues et exploitées. Cependant, la promotion de la santé est l'affaire de tous, et l'engagement dans cette démarche des autres professionnels de l'Éducation nationale – qui reste encore trop souvent affaire de personnes et de rencontres – doit aussi être mieux accompagné par l'institution. Depuis vingt ans, l'Éducation nationale dispose en son sein de conseillers techniques sociaux et de santé, mais elle doit encore améliorer la prise en compte de cette fonction afin d'élaborer une politique sociale et de santé digne de ce nom au sein d'un établissement.

**Agnès Ducros**

Responsable de formation,  
École des hautes études en santé publique,  
Rennes.

## ► Références bibliographiques

- (1) Indjéogopian M.-N., Vigarello G. Les médecins nouveaux acteurs de l'école. *Revue française de pédagogie*, janvier-février-mars 1996, n° 114 : p. 19-27.
- (2) Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001. Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves.  
En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm>
- (3) Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 91-248 du 11 septembre 1991. Missions et fonctionnement du service social de l'Éducation nationale. *B.O.* n° 33 du 26 septembre 1991.
- (4) Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001. Missions des médecins de l'Éducation nationale.  
En ligne : [www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm](http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm)
- (5) Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2001-014 du 12 janvier 2001. Missions des infirmier(ère)s de l'Éducation nationale.  
En ligne : [www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm](http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm)
- (6) Loi n° 89-486 d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989.
- (7) Fassin D., Dozon J.-P. dir. L'universalisme bien tempéré de la santé publique. *In : Critique de la santé publique. Une approche anthropologique.* Paris : Balland, coll. Voix et regards, 2001 : p. 7-19.
- (8) Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa, 1986.
- (9) Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006. Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).  
En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/45/MENE0602019C.htm>
- (10) Ministère de l'Éducation nationale. Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006. Socle commun de connaissances et de compétences.  
En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/29/MENE0601554D.htm>

1. Depuis 1991, l'ensemble des personnels sociaux et de santé de l'Éducation nationale, à savoir les assistant(e)s de service social, les infirmier(ère)s et les médecins sont sous la tutelle du ministère de l'Éducation nationale dont ils sont depuis fonctionnaires. Dans la suite de cet article, à chaque fois qu'il sera question des personnels sociaux et de santé de l'Éducation nationale, il s'agira de ces trois catégories de professionnels.

2. En 1946, dans l'article 1<sup>er</sup> de sa constitution, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité ».

3. Le socle commun de connaissances et de compétences définit ce que tout élève doit savoir et maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire. Introduit dans la loi en 2005, il constitue l'ensemble des connaissances, compétences, valeurs et attitudes nécessaires pour réussir sa scolarité, sa vie d'individu et de futur citoyen.

Entretien avec Claire Lorton, médecin de secteur de l'académie de Reims et formatrice en éducation à la sexualité pour le département de la Marne.

## « Permettre aux adolescents de changer leur regard sur la sexualité »

Dans l'académie de Reims, les enseignants et les professionnels de santé sont formés spécifiquement pour intervenir sur l'éducation à la sexualité en collège et lycée. Dans un collège rural, l'évaluation d'un projet concernant les élèves de la sixième à la troisième montre que plus de trois élèves sur quatre sont satisfaits de ce programme. Ainsi, à l'issue de l'intervention, plus de neuf garçons sur dix disent avoir appris beaucoup sur le sujet, que leur regard a changé sur la façon de voir et de comprendre la sexualité, le rapport à l'autre, le respect.

### La Santé de l'homme : Comment s'organise l'éducation à la sexualité dans votre domaine géographique d'intervention ?

L'éducation à la sexualité est organisée selon deux principes : la formation des adultes qui interviennent devant les élèves d'une part et, d'autre part, la déclinaison de projets dans les établissements qui souhaitent mener un travail pédagogique sur ce sujet. Il est évident que tout est lié. Sans formation théorique, mais aussi pratique, il serait difficile de mener des programmes. Le rectorat, en l'occurrence celui de Reims qui est mon domaine géographique d'intervention, propose à des enseignants volontaires d'acquérir des connaissances sur la conduite de projets en éducation à la sexualité. Ces formations sont inscrites au programme académique de formation (Paf). Elles ne sont pas ciblées pour certaines professions ou disciplines scolaires, infirmières, assistantes sociales ou professeurs de sciences de la vie et de la terre, par exemple. Elles concernent tous les intervenants de la communauté scolaire.

### S. H. : Et vous-même, comment menez-vous votre intervention en éducation à la sexualité ?

J'interviens à deux niveaux distincts. D'une part, au niveau du collège de mon secteur au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le projet d'éducation à la sexualité, et, d'autre part, sur le plan départemental,



dans la formation des personnels de collèges et de lycées souhaitant mettre en place ce type de projet dans leur établissement. C'est sans doute ce qui me permet d'avoir un regard sur l'ensemble de la chaîne. Au niveau du collège, il s'agit d'un établissement semi-rural accueillant cinq cents élèves. Chaque niveau, de la sixième à la troi-

sième, compte cinq classes. Le projet d'éducation à la sexualité est inscrit, comme tel, au projet d'établissement. Il a été présenté au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et voté en conseil d'administration. Mon rôle dans ce projet est d'abord celui d'un conseiller technique : ma formation en santé publique reçue à l'issue

du concours de médecin de l'Éducation nationale me permet d'apporter une méthodologie rigoureuse dans la construction et l'évaluation du projet ; par ailleurs, j'interviens aussi avec les autres membres de l'équipe devant les classes. En ce qui concerne ma fonction de formatrice auprès des adultes, j'ai reçu une formation spécifique pour remplir cette mission. Ces deux fonctions, l'une auprès des élèves, l'autre avec les adultes, m'ont permis de mesurer l'intérêt des uns et des autres et ont renforcé mon adhésion à l'utilité de développer des projets de ce type.

**S. H. : Très concrètement, comment faites-vous pour mener ces deux axes de votre intervention ?**

J'essaie de m'organiser au mieux en m'appuyant sur les compétences. L'infirmière du collège intervient auprès des élèves de CM2 du secteur qui seront l'année suivante au collège ; elle crée ainsi un lien entre primaire et secondaire. Elle veille à la mise en œuvre du projet au collège en partenariat avec les professeurs. Les interventions auprès des élèves se font toujours en binôme de deux adultes formés ; l'organisation pratique de ces séances n'est pas toujours facile. J'accompagne cette démarche. Mon action pratique, concrète, concerne surtout les équipes d'intervenants. Je consacre moins de temps pour les interventions devant les élèves et plus de temps à la méthodologie, au suivi et à l'évaluation. Quant aux formations, je réponds aux demandes du rectorat auprès duquel se sont inscrites des équipes souhaitant intervenir sur l'éducation à la sexualité. Ces stages réunissent une vingtaine de personnes sur plusieurs jours venant de divers établissements. J'anime ce type de stage une à deux fois par an. Dans le collège de la ville de Fismes, par exemple, je suis au côté d'une équipe pluridisciplinaire qui a été formée pour mener ce genre de projet.

**S. H. : Quels ingrédients réunir pour que ce programme fonctionne et que les enseignants y adhèrent ?**

Il faut, d'abord, que les enseignants puissent être formés d'une manière complète, suffisante pour qu'ils puissent se sentir partie prenante d'un projet de ce genre. Ensuite, je pense indispensable que cette formation touche une

équipe diverse, multidisciplinaire, aux pratiques complémentaires. Cette formation ne doit pas se réduire, je le répète, au personnel médico-social, même si leurs fonctions sont évidemment fondamentales auprès des enfants. Enfin, il est nécessaire que cette action soit inscrite au projet d'établissement. Celui de Fismes a déjà été renouvelé en 2009 et se poursuit jusqu'en 2013. Au plan administratif, ce projet doit être construit et rédigé. Il doit être présenté en tant que tel au conseil d'administration, au CESC et évalué tous les ans. Bien sûr, l'adhésion des parents et du principal de collège est obligatoire.

**S. H. : Est-ce le cas dans le collège dans lequel vous intervenez ?**

Tout à fait. Ainsi, pour l'aspect pluridisciplinaire, outre la documentaliste, la conseillère pédagogique d'éducation, l'infirmière et moi-même, neuf enseignants participent à la vie du projet. La cohérence est définie ensemble. Nous discutons beaucoup sur les objectifs que nous voulons atteindre, les moyens que nous souhaitons y mettre. Pour qu'un projet soit vivant, nous devons travailler sur son évaluation. Car, surtout en matière de sexualité, un accompagnement de ce type ne peut être figé. J'essaie d'apporter cette inflexion. Je pense que cela permet à l'équipe de ne pas se lasser et d'être toujours sur l'envie, la créativité, dans la réflexion et le travail.

**S. H. : Quelles principales difficultés avez-vous à surmonter ?**

Elles sont d'abord organisationnelles. Elles concernent le temps. Dans l'ensemble, l'équipe est très motivée. Mais ils ont aussi leur matière à enseigner. Ils participent à d'autres projets. Et c'est preneur de temps. L'équipe doit intervenir deux heures dans chaque classe de chaque niveau. Cela fait beaucoup d'heures à consacrer, surtout si nous rajoutons la préparation, la réflexion, la mise à niveau des connaissances. Le projet connaîtra des évolutions qui dépendent aussi des fluctuations des équipes.

**S. H. : Que pensent les enfants de vos interventions collectives ?**

Notre projet a déjà concerné une tranche d'âge de la sixième à la troi-

sième, ce qui nous a permis de faire une évaluation sous forme d'un questionnaire. 97 % des garçons ont répondu qu'ils avaient appris beaucoup grâce aux informations reçues, aux réflexions menées et que leur regard avait changé sur la façon de voir et comprendre la sexualité. Le rapport à l'autre, le respect... toutes ces notions ont été pointées. Quant aux filles, elles sont 79 % à dire les mêmes choses. Celles qui ne le disent pas répondent qu'elles abordent ces questions avec des adultes, leurs parents en priorité. Les interventions modifient donc le regard des adolescents sur la sexualité. Je retiens aussi leur message unanime : « continuez ! ».

**S. H. : Sur quelles méthodes vous appuyez-vous pour mener votre travail ?**

Je m'appuie sur la circulaire de février 2003 sur l'éducation à la sexualité en primaire, collège et lycée qui, je dois le dire, est vraiment bien faite. Les objectifs généraux et spécifiques sont bien développés, comme la place de chaque intervenant. Cette circulaire est notre référentiel de base. Nous le complétons avec deux documents publiés par l'Éducation nationale. Le premier, à usage des formateurs, s'adresse aux adultes, le second est un guide des activités où des thèmes d'actions sont décrits avec des objectifs opérationnels. Ces outils, pertinents, nous permettent d'adapter nos interventions dans notre établissement.

**S. H. : Quels conseils donneriez-vous à une équipe pédagogique qui voudrait dérouler un projet d'éducation à la sexualité ?**

Un programme d'éducation à la sexualité se construit dans le temps. La rigueur est nécessaire, notamment sur les objectifs à atteindre, sur les moyens à consacrer. Se donner des objectifs trop ambitieux ou non adaptés à l'environnement de l'établissement, c'est se décourager très vite. Un projet doit être compris et accepté par l'ensemble de la communauté scolaire, du principal aux parents. Mon conseil serait avant tout de calculer ce temps nécessaire. En fait, prendre ce temps de la construction et de la réalisation tout en restant modeste.

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

# À Dijon, un partenariat entre l'académie et l'agence régionale de santé

L'académie de Dijon collabore avec l'agence régionale de santé pour développer des actions de prévention en milieu scolaire. Cela permet d'obtenir des financements et d'associer de multiples partenaires.



La collaboration entre le rectorat de l'académie de Dijon en Côte d'Or et les services déconcentrés de l'État en charge de la santé est ancienne. Le rectorat et l'ancienne direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) de Bourgogne travaillent en commun depuis dix ans sur le bilan de santé des enfants de 6 ans et son suivi et, depuis sept ans, sur des actions de prévention en milieu scolaire. La Drass a ainsi réalisé une charte d'éducation pour la santé

qui a été envoyée dans tous les établissements scolaires en 2004, et a mis en place, en 2006, une procédure permettant de financer une partie des actions de prévention inscrites dans les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)<sup>1</sup> des collèges et lycées de l'académie de Dijon.

Depuis la création des agences régionales de santé (ARS) en 2010, le travail de collaboration se poursuit au sein de

la commission spécialisée de prévention et de la commission de coordination des politiques de prévention. Le médecin conseiller technique du recteur y participe, présente les actions réalisées en milieu scolaire et fait des propositions. Le schéma régional de prévention est en cours d'écriture et régulièrement soumis aux partenaires, dont le rectorat.

## Un exemple concret de partenariat : la prévention en milieu scolaire

La prévention en milieu scolaire, compte tenu des enjeux éducatifs de l'École et notamment des conduites à risque des adolescents, est une priorité et les CESC sont des outils incontournables et privilégiés pour la mettre en œuvre avec les différents partenaires de l'École.

Le dispositif actuel de l'académie de Dijon est le suivant :

- un comité de pilotage académique des CESC, composé du recteur, de chefs d'établissement, de conseillers techniques de santé et du social du rectorat (assistante sociale, infirmière et médecin), de quatre coordonnateurs départementaux, de l'Instance régionale de promotion et d'éducation pour la santé (Ireps), en lien avec l'ARS, définit la politique de prévention ;
- un groupe de travail examine les projets rédigés en commun par les établissements scolaires des quatre départements. Analysés préalablement par l'Ireps, ces projets sont ensuite étudiés en fonction des axes prioritaires définis dans le projet régional de santé (PRS) de l'ARS (addictions, éducation à la sexualité, nutrition, souffrance psychique), de la pertinence du projet et

de sa méthodologie, puis sélectionnés par le rectorat, l'Ireps et l'ARS. Le financement de l'ARS est versé à l'Ireps qui l'attribue aux établissements scolaires retenus ;

- un tableau de bord académique des actions de prévention, réalisé chaque année par l'Ireps, traite toutes les données envoyées, *via* un questionnaire commun, par chaque collèges ou lycée. Ce tableau de bord est présenté aux établissements scolaires, à l'ARS et aux partenaires ; il permet de connaître toutes les actions de prévention par département et par thématique.

Le système est appelé à évoluer car le PRS de Bourgogne est constitué d'un plan stratégique, de schémas régionaux dont le schéma de prévention et de programmes. Le PRS a retenu quatre objectifs prioritaires dont « *le développement, dès l'enfance, des capacités des adolescents et des jeunes adultes à être acteurs de leur santé* ».

Dans le schéma de prévention de l'ARS, les CESC sont reconnus comme un dispositif de prévention qu'il faut poursuivre, tout en développant une approche en réseau avec les autres partenaires : par exemple, un passeport santé commun à toutes les institutions œuvrant pour la promotion de la santé des jeunes devra être élaboré ; un meilleur repérage des conduites à risque et la prévention des grossesses des adolescentes sont aussi des axes proposés.

### Facteurs de réussite

Les facteurs de réussite pour la mise en œuvre efficiente de ces actions de prévention nécessitent, en préalable à toute réalisation, un travail commun au sein de l'Éducation nationale *via* deux leviers :

- une collaboration étroite entre professionnels médico-sociaux, tant au niveau de l'établissement que du département et du rectorat, ainsi que des relations privilégiées avec la vie scolaire ;
- des coordonnateurs départementaux CESC dynamiques qui conseillent les collèges et les lycées, suivent les projets des établissements scolaires et, en fonction de la thématique du programme de prévention de ceux-ci et du besoin de cofinancement, proposent une attribution de crédits de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), de l'ARS, d'une collectivité territoriale ou de crédits propres de l'établissement.

En outre, pour favoriser la mise en place des actions de prévention, il faut :

- une réelle cohérence des projets : le pilotage académique et une meilleure méthodologie de projet due à la collaboration étroite avec les autres instances régionales (Ireps) rendent plus professionnels les acteurs de l'Éducation nationale ;
- un dispositif commun d'appel à projets validé et la réalisation du tableau de bord régional des actions de prévention par l'Ireps qui est à la fois le garant méthodologique et l'intermédiaire incontournable entre le rectorat et l'ARS ;
- une formation initiale systématique des chefs d'établissement et des infirmières stagiaires sur la prévention et la méthodologie de projet ;
- une collaboration étroite avec les autres instances régionales sur la santé scolaire : l'Ireps, le Dispositif d'appui régional interministériel sur les drogues et les dépendances (Daridd), l'Observatoire régional de la santé (ORS) et une participation importante du rectorat aux différentes commissions de l'ARS.

### Des faiblesses, des inquiétudes

Le bilan permet de pointer plusieurs faiblesses : les écoles primaires ne sont pas touchées par ce dispositif du fait, d'une part, de la difficulté d'organisation due à la multiplicité des établissements scolaires et, d'autre part, en raison du manque de financement. Le schéma régional de prévention inclut certes les CESC, mais développe aussi d'autres cibles et va sans doute également prioriser certains territoires : seront-ils concordants avec ceux de l'École ? Les financements seront-ils maintenus dans leur intégralité ? Dans un contexte financier contraint, des choix sont de plus en plus nécessaires et les inquiétudes croissent.

### Les plus-values de ce travail de collaboration

En conclusion, ce travail collaboratif apporte les plus-values suivantes :

- des financements pour les actions de prévention dans les établissements scolaires ;
- une amélioration des pratiques des professionnels intervenant auprès des jeunes ;
- une communication optimisée de l'Éducation nationale sur ses projets de prévention tant au niveau des établissements scolaires qu'au niveau des partenaires régionaux ;
- des stages mis en place par l'Ireps à l'intention des personnels de l'Éducation nationale sur la méthodologie de projet ;
- une meilleure cohérence des politiques concernant les jeunes par un partage des informations au sein de l'ARS.

**Marie-Claude Boivin**

médecin conseiller technique  
auprès du recteur de l'académie de Dijon,  
Rectorat de Dijon.

### Un atelier « équilibre alimentaire » au lycée de Cluny

Au lycée de Cluny en Saône-et-Loire, l'infirmière de l'établissement pilote un atelier « équilibre alimentaire et goût culinaire » auprès des cent vingt-huit élèves internes de terminale. Quatre ateliers culinaires ont été organisés dans l'année, avec achat des aliments, préparation, dégustation dans le lycée. Le chef de cuisine d'un restaurant gastronomique et une diététicienne ont été associés à cet atelier financé par l'agence régionale de santé et le conseil de la vie (CLV) du lycée. La principale difficulté consiste, d'une part, à rechercher et trouver chaque année le financement nécessaire pour la réalisation de cet atelier, et, d'autre part, à s'organiser pour réunir les conditions matérielles les plus optimales. Les points forts sont la satisfaction des élèves, les temps d'échange entre eux. Le questionnaire de satisfaction qui a été rempli souligne aussi la qualité des interventions extérieures. Les élèves internes apprécient cet atelier pratique et en ont demandé le renouvellement chaque année.

*1. Les CESC sont des dispositifs pilotés par le chef d'établissement qui permettent de mettre en place un programme de prévention.*

# Partenariat École-associations : bien fixer les règles pour en garantir l'efficacité

**Médecins, infirmier(ère)s, assistant(e)s sociales, enseignant(e)s ne travaillent pas seuls à la promotion de la santé des élèves dans les établissements scolaires. Très souvent, des partenariats sont noués avec des professionnels extérieurs. Exemple de partenariats École-associations dans le département des Yvelines.**

L'action éducative de l'École doit permettre aux élèves, au travers des savoirs et des comportements, de maîtriser leur vie, leur environnement et leur destinée. L'éducation à la santé, qui développe chez les individus un ensemble de connaissances, d'attitudes et d'aptitudes, fait partie intégrante de la mission de l'École. L'Éducation nationale bénéficie d'une ressource en professionnels compétents dans le domaine de l'éducation à la santé, qui s'enrichit d'un réseau de partenaires permettant l'ouverture de l'École vers l'extérieur, l'entourage, l'environnement, la société civile et politique, les autres institutions. Cette ouverture s'appuie sur une démarche d'actions, négociées entre les différents membres de la communauté éducative et les partenaires, tout en préservant les valeurs essentielles de l'École.

Le partenariat se conçoit comme une synergie entre différents intervenants qui acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun lié à un problème et/ou à un besoin clairement identifiés. Deux types de partenaires s'offrent à l'École : les institutionnels (État, collectivités, autres établissements) et la société civile : associations, organismes à but lucratif. Cet article traitera du partenariat entre École et associations.

## Enjeux du partenariat

Pour que l'École puisse en retirer des avantages attendus tout en préservant ses valeurs essentielles, il convient de se poser la question de l'intérêt, de la motivation et de la responsabilité du partenaire.

L'École prend une part croissante dans notre société : le calendrier scolaire et les aménagements du temps de l'École rythment souvent l'organisation de la famille, du travail, des loisirs, etc., jusqu'au lieu d'habitation qui peut être influencé par une préférence pour un établissement scolaire. L'institution scolaire est l'affaire de tous : milieu familial, personnels des collectivités territoriales et autres institutions, hommes politiques, et tous ont des représentations personnelles qui influencent leurs attentes et leurs positionnements.

À partir de ces constats, les intervenants et demandes d'intervention en milieu scolaire sont multiples, pas toujours justifiés ni opportuns. Schématiquement, différents modèles d'approche « partenariat et école » sont proposés. La première approche est celle des associations de « bonne volonté », souhaitant apporter leur contribution pour s'attaquer à une problématique particulière au niveau sociétal. En général, les modalités d'intervention de ces associations se font sur un mode informatif, persuadées que la connaissance des dangers suffit à changer les comportements. Deuxième approche, celle des associations qui, sans tenir compte des attentes et des besoins des élèves et des personnels de l'Éducation nationale, viennent proposer leurs actions « clés en main », bien souvent financées par des organismes. L'École ne leur sert alors que de support logistique. Enfin, la troisième approche consiste pour des associations partenaires véritables à mettre leurs compétences au service de l'École

pour construire ensemble des actions sur des enjeux communs.

Les conditions d'un véritable partenariat s'appuient sur :

- un enrichissement mutuel où chacun reconnaît les compétences de l'autre, ses missions et ses spécificités et peut s'appuyer sur ses ressources ;
- un travail en commun qui commence dès le début de la mise en projet et se poursuit tout au long du déroulement de l'action à travers :
  - une réflexion sur les besoins et les attentes des élèves et de la communauté éducative ;
  - une mise en action sur les objectifs à atteindre, l'implication des uns et des autres, les méthodes à employer et leur adaptation en fonction du public visé ;
  - une évaluation de l'impact, du déroulement, qui tient compte des bénéfices retirés par l'institution mais également par les partenaires ;
  - des enjeux communs garantis à travers les habilitations des associations, formalisés par des conventions, les chartes.

## Trois exemples de partenariat dans les Yvelines

### Formation à l'éducation à la santé pour les enseignants de primaire

Une formation à l'éducation à la santé pour les enseignants de primaire, fruit d'un partenariat départemental, a été mise en place. Elle est assurée par les personnels de l'Éducation nationale (médecins et infirmières, secrétaires, conseillers pédagogiques, enseignants du centre académique d'aide aux écoles et établissements) avec des



intervenants d'autres organismes partenaires<sup>1</sup>. Ce cursus de trois semaines, inséré dans le plan départemental de formation, poursuit les objectifs suivants, en conformité avec le cahier des charges de l'institution : développer la démarche de projet de l'école, positionner l'éducation à la santé dans le socle commun de compétences, présenter les ressources possibles. La participation des familles aux actions était posée comme fil conducteur. Au final, une action commune enrichissante a permis tant aux formateurs qu'aux enseignants formés de confronter leurs expériences, d'affiner leur connaissance mutuelle, de se fixer des programmes d'actions.

### Formation-action dans le cadre de la prévention du suicide

Cette formation-action en partenariat avec la MGEN et l'Adosen était au départ une action « clés en main » que nous

avons adaptée avec les partenaires. La formation est destinée aux personnels médecins, infirmières et assistantes sociales et constituée de trois modules :

- éducation à la santé et prévention primaire ;
- comprendre, repérer, accompagner ;
- état des lieux et approfondissement.

Ce partenariat, sur plusieurs années, nous permet d'approfondir des réflexions communes sur les limites et les enjeux. L'action se poursuit.

### Élaboration d'une charte partenariale

Une charte partenariale dans le cadre d'un plan local santé « Vie affective et éducation à la sexualité des jeunes » a été élaborée à l'instigation du centre hospitalier de Versailles, pour le territoire de Versailles et Saint-Quentin-en-Yvelines. Ce document dynamise et harmonise les pratiques des différents

intervenants dans les établissements publics et privés du territoire.

### Nouvelles perspectives

En conclusion, le partenariat mis en œuvre, depuis plusieurs années, avec les associations s'est régulièrement amélioré, grâce à :

- l'acquisition de solides compétences dans le domaine de la promotion de la santé des personnels des associations, comme des professionnels de l'Éducation nationale ;
- l'affichage d'une politique de santé publique en concordance avec les priorités de l'École.

Cependant, le mode de financement des associations reste un sujet épineux : elles ne survivent que par des fonds obtenus en réponse à des appels à projets de financeurs institutionnels (agence régionale de santé, Fonds social européen [FSE], Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie [Mildt], collectivités territoriales). La question de l'implication de l'Éducation nationale se pose alors, et deux solutions sont envisageables :

- encourager les établissements scolaires à être porteurs de projets ;
- signer des conventions entre Éducation nationale et financeurs pour s'assurer que les projets soient construits en lien avec la communauté éducative.

Dans les deux cas, afin de garantir une efficacité maximale, ces projets devront regrouper plusieurs établissements d'un même bassin de peuplement.

#### Francine Hirtz

Médecin responsable départemental, conseiller technique, Promotion de la santé en faveur des élèves, service médical, Inspection académique des Yvelines, Le Chesnay.

1. Caisse primaire d'assurance maladie et associations intervenant dans le primaire : Comité d'éducation pour la santé des Yvelines (Codes 78), Information prévention toxicomanie (IPT), Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie des Yvelines (Repop 78).



# Dans l'Essonne, un lycée développe l'écoute et le relationnel pour désamorcer la violence

À Corbeil dans l'Essonne, le lycée Doisneau était confronté à une montée de la violence. Un travail éducatif en profondeur a été mené pour créer des espaces de dialogue avec les élèves, mettre en place un dispositif d'écoute attentive impliquant l'ensemble des personnels de l'établissement : proviseur, enseignants et infirmières. Entretien croisé avec ces professionnels.

Le lycée Robert-Doisneau, situé à Corbeil dans l'Essonne, ouvert en 1958, accueille deux cent soixante-dix-sept enseignants et deux mille six cents élèves répartis sur quatre-vingt-dix-huit classes de la seconde à bac+3. Cet établissement impose sa présence par son architecture massive : il est constitué de deux grandes barres de deux cents mètres de long, sur cinq étages. Il a été construit dans un environnement urbain composé de six quartiers défavorisés bénéficiant de la Politique de la ville, dont celui des « Tarterets ». L'établissement y a trouvé sa place.

Le lycée privilégie les dispositifs pour s'intégrer dans son environnement et accueillir les élèves dans un climat pacifié, donc dans les meilleures conditions possibles, avec pour optique de « promouvoir » leur santé au sens large et global. Accueil personnalisé des parents et des élèves, accompagnement des jeunes enseignants par leurs pairs plus expérimentés, contrats d'engagement et de réussite entre l'équipe et le jeune, écoute, etc. Le lycée Doisneau propose une large panoplie permettant de construire du relationnel. Un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) a été créé dans l'établissement, il est animé par les deux infirmières, aidées par des professionnels de métiers différents : documentaliste, assistante sociale, conseillers principaux d'éducation (CPE), professeurs d'éducation physique et sportive. Dans ce cadre, de nombreux professionnels extérieurs interviennent au lycée, contribuant ainsi à l'instauration

d'un climat favorable. Par ailleurs, un blog sur la santé a été ouvert en 2010 (lire l'encadré p. 34).

## Créer du lien à la moindre alerte

Comment définir ce climat scolaire ? Quels sont les leviers qui permettent de l'améliorer ? Entretien croisé avec Geneviève Piniau, proviseure, Laurent Baratier, enseignant en charge de l'accompagnement personnalisé, Catherine Grolier et Tité Castillon, infirmières scolaires, et Audrey Borg, professeur documentaliste, qui animent le CESC du lycée.

Comment l'équipe a-t-elle réussi à instaurer un climat scolaire relativement pacifié et favorable dans l'établissement ? « C'est encore un peu un mystère pour moi, explique la proviseure. Nous constatons que, dans cet environnement peu facilitant, nous avons réussi à vaincre la violence ; ainsi, hormis quelques insultes, aucun acte de violence n'a été recensé en trois ans dans l'établissement. Pourquoi ? Par l'accompagnement individualisé et l'écoute que nous proposons à chaque élève, par l'image positive que nous avons, tous ensemble, donné à notre établissement, également par une mobilisation constante de l'ensemble de l'équipe. D'ailleurs, si le lycée Doisneau est un établissement très demandé, c'est parce que nos élèves se sentent ici chez eux. » Même constat pour Laurent Baratier, en charge de l'accompagnement personnalisé : « L'accompagnement permet de réguler beaucoup de choses,

de par la mission qui nous incombe, nous avons l'obligation de guider l'élève à travers des dispositifs extrêmement complexes pour qu'il soit en capacité de choisir l'orientation la plus adaptée. Mais cela favorise aussi son ouverture d'esprit plus globale. » Catherine Grolier et Tité Castillon, infirmières scolaires dans l'établissement, portent un regard complémentaire, sans doute lié à l'exercice de leur profession. « Pour bien accompagner l'élève, il faut aussi le connaître, insistent-elles. Et pour cela, nous avons besoin d'instaurer un climat de confiance entre le jeune et nous, adultes. Nous devons créer du lien entre les jeunes et les encadrants pour acquiescer ensemble les bons réflexes quand il y a la moindre alerte ou le moindre souci concernant un élève. Le climat scolaire est une chose fragile, expliquent-elles. Le relationnel est primordial, ce que pourraient confirmer les CPE. Il s'agit d'un vrai travail d'équipe. »

## Prendre en compte les interrogations et le cheminement de l'élève

Comment ces professionnels définiraient-ils les liens entre climat scolaire et réussite des élèves ? « Nous avons vingt-cinq classes de seconde dans l'établissement, explique Geneviève Piniau. En février dernier, nous avons organisé une journée spéciale d'accueil pour les troisièmes des établissements du secteur afin de leur permettre de découvrir tout ce qui existe dans l'établissement. Nous les avons reçus une seconde fois courant juillet, avec la famille, pour les inscrire individuellement. Puis une autre fois, à



la rentrée, avant de partir tous ensemble, professeurs et élèves, en forêt de Fontainebleau pour permettre au « groupe classe » de trouver une cohésion plus rapide. Les professeurs disent qu'ainsi nous gagnons trois mois d'observation. » « Nous avons une ligne commune, ajoute Laurent Baratier ; l'équipe veut donner à chacun le goût du travail et également du plaisir à travailler. Nous n'accompagnons pas seulement l'élève dans son cursus scolaire, nous prenons en compte aussi sa personnalité, ses interrogations, son cheminement. » La notion de plaisir revient souvent dans les propos des intervenants. « Il faut voir nos élèves heureux au moment du bal de fin d'année. Il y a un monde fou pour préparer ce rendez-vous annuel », explique la proviseure. Même chose avec le Solibal, une action de solidarité avec les handicapés ; ou la course du cœur, qui permet, via le foyer socio-éducatif, de recueillir des fonds qui contribuent à la construction d'une école à Madagascar, en lien avec l'association « École du Monde ». « Toutes ces activités ont incontestablement un effet bénéfique sur le climat et les travaux scolaires des élèves », ponctue Geneviève Piniau. Catherine Grolier insiste, pour sa part, sur la notion d'épanouissement : « La réussite scolaire est liée au bien-être du jeune ; être à l'écoute est une de nos prio-

rités chaque fois que nous accueillons un élève. »

### Le CESC coordonne les actions santé

Face à cet ensemble d'initiatives, quel est le rôle du CESC ? Geneviève Piniau rappelle qu'il coordonne toutes les actions autour de la santé, structure et organise les relations entre les différents professionnels présents dans l'établissement : enseignants, personnels de santé, assistante sociale, administratifs, etc. « Il a aussi pour fonction de recenser les besoins et de définir collectivement les moyens d'actions, expliquent les infirmières, en organisant avec des partenaires extérieurs des séances de prévention sur des thèmes

aussi divers que les addictions ou la sexualité. » Surtout, le CESC participe à l'établissement d'un climat d'écoute favorable dans le lycée. « Comme l'a dit la proviseure, la population des élèves qui fréquentent notre établissement est socialement fragile, précise Tite Castillon. Nous sommes confrontées à des situations qui exigent de notre part dialogue et compréhension. Le CESC, dans sa fonction de répertorier les actions menées, est un outil au service de l'ensemble de la communauté scolaire et des élèves en particulier. » Même constat pour Catherine Grolier : « Nous devons favoriser des moments d'échanges et informer sur des sujets qui répondent à leurs préoccupations. C'est pour cette raison que nous sommes parties prenantes du blog santé créé depuis l'année dernière » (lire l'encadré).

Pour autant, tout n'est pas idéal et idyllique ; que reste-t-il essentiellement à améliorer ? « D'abord, planifier le plus régulièrement possible des rencontres avec les membres de la communauté scolaire afin de croiser les regards, c'est le cas par exemple des commissions de suivi d'élèves », expliquent en cœur les infirmières. « Faute de disponibilité, nous ne parvenons pas toujours à rencontrer les enseignants ; les réunions du CESC n'ont pas toujours la régularité qui s'impose ni la présence souhaitée. » Pour Laurent Baratier, il ne faut pas oublier les valeurs qui fondent le travail éducatif : « La rigueur, l'exigence et le respect de l'élève, insiste-t-il. Et pour porter haut ses ambitions, il faut aussi avoir le souci de la personne humaine, être proche d'elle ». « Dans un lycée, l'essentiel, c'est l'élève. Nous ne serions pas là sans eux ! », résume Geneviève Piniau.

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

### Un blog santé pour rendre l'information accessible

Le blog santé du lycée Doisneau est né à l'initiative d'Audrey Borg, professeure documentaliste au Centre de documentation et d'information (CDI) du lycée. En 2010, en accord avec les infirmières, elle a proposé cet espace de dialogue pour l'ensemble de la communauté scolaire de l'établissement. « J'ai découvert, grâce au CESC, le travail de mes collègues infirmières. Les informations sur la prévention, l'éducation à la santé, circulaient peu. Le blog vise à centraliser les informations et à les rendre accessibles. Toutes les deux semaines, après avoir échangé avec mes collègues infirmières, je mets à disposition sur le site un ou plusieurs articles qui me semblent pouvoir intéresser les élèves, sur des sujets aussi divers que les comportements alimentaires, les relations amoureuses, la sexualité, les violences, les solutions anti-stress... » Ce site santé s'intitule Santé au lycée Doisneau.

<http://blog.crdp-versailles.fr/santelyceudoisneau/>

# « S'éduquer » ensemble à la santé pour développer des pratiques responsables

**Comment construire ensemble une action d'éducation à la santé, à la citoyenneté, à la responsabilité dans un établissement scolaire ? À travers l'exemple d'actions menées à l'île de La Réunion, Maryvette Balcou-Debussche dresse une feuille de route des conditions à réunir, avec le souci de prendre en compte les pratiques sociales et culturelles.**

Éduquer à la santé, à la citoyenneté, à la responsabilité : dans l'institution scolaire, ces « éducations à » relèvent de textes ministériels supposés connus de tous. Elles se conçoivent dans une perspective interdisciplinaire capable de promouvoir une logique d'appropriation des connaissances bien plus qu'une logique de transmission, et relèvent d'un continuum éducatif qui s'inscrit sur l'ensemble de la scolarité de l'enfant. La complémentarité des actions conduites par différents acteurs doit permettre de mener un travail sur les connaissances, mais aussi et surtout sur le développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents. De fait, elles interrogent les valeurs et les cultures, ainsi que leur hétérogénéité. S'y intéresser, c'est aussi se questionner sur les partenariats à mettre en place, notamment avec les familles.

## La santé, une dimension de la citoyenneté

Parce que l'éducation à la santé est l'une des dimensions de l'éducation à la citoyenneté, les principes de laïcité, d'égalité et d'autonomie de la pensée occupent nécessairement une place centrale (1). La circulaire du 24 novembre 1998 (2) rappelle en effet que l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à procéder à des choix et à adopter des comportements responsables pour lui-même, mais aussi pour autrui. Dès lors, il s'agit de préparer les jeunes

à exercer leur responsabilité et leur citoyenneté dans une société traversée par d'importants changements, tant du point de vue des valeurs qui la structurent que de la dynamique des pratiques sociales et culturelles qui y prennent place. Intervenir auprès des enseignants et futurs enseignants, des infirmiers et des médecins revient alors à faire comprendre qu'il ne s'agit pas tant de centrer la réflexion sur les questions de santé que de transmettre aux enfants et adolescents les connaissances et aptitudes qui vont leur donner les moyens de prendre soin d'eux-mêmes et des autres. De telles perspectives supposent un travail sur la connaissance de soi, de son corps, de ses besoins, mais aussi une capacité à mettre à distance les pressions sociales de façon réflexive et critique, dans un environnement parfois construit sur des logiques contraires à la santé des individus. C'est ainsi que l'éducation à la santé devient avant tout une éducation centrée sur l'humain, lequel s'inscrit dans des dynamiques sociales et des interactions qui doivent être questionnées en permanence, l'objectif étant alors de prendre en compte les contextes en présence, leurs atouts et leurs contraintes.

## La nécessaire construction d'un partenariat

Un tel projet ne peut pas être porté par un seul individu, qu'il soit enseignant, parent, professionnel du social ou de la santé. Un partenariat entre les différents acteurs doit être mis en place et ses modalités sont loin d'être simples. La notion même de partenariat étant polysémique (3), il est souvent difficile pour les divers intervenants de se comprendre dans leurs intentions et leurs modalités de fonctionnement. Il est parfois plus simple de juxtaposer les interventions que d'amener les acteurs à construire ensemble. Pourtant, c'est

au prix d'efforts conjoints que l'on peut entrevoir la richesse des partenariats qui dépassent alors la succession des actions et des acteurs ou la subordination d'un acteur par rapport à un autre, pour parvenir à un avancement commun et concerté dans lequel chacun tire pleinement profit de l'expérience de l'autre. C'est aussi à cette condition que les « éducations à » peuvent s'inscrire dans la perspective d'une éducation interculturelle telle qu'elle est mise en avant par le Conseil de l'Europe<sup>1</sup>. Le professionnel de l'éducation, du social ou de la santé bénéficie alors d'un élargissement de son champ premier d'action en apprenant à prendre en compte la personne individuelle et sociale, et non pas seulement l'élève.

## Diversité des pratiques sociales

L'éducation requiert impérativement la prise en compte de la diversité des pratiques sociales et culturelles (*lire l'encadré p. 36*). À l'île de La Réunion, la question se pose avec une acuité toute particulière du fait, d'une part, de la présence d'une population métissée et issue de cultures et de peuples différents et, d'autre part, d'un contexte de mutations sociales très rapides (4), ce qui oblige les acteurs à réexaminer sans cesse le rôle de l'institution scolaire en relation avec les divers partenaires.

## Tisser des liens entre savoirs scolaires et pratiques sociales

Parce que l'enfant continue à « circuler » entre les deux grandes instances socialisatrices que sont la famille et l'école, il convient de s'interroger sur les frontières entre ces deux sphères – privée et publique –, entre les savoirs et les croyances, entre les normes scolaires et les pratiques sociales. Au lieu de s'enfermer dans l'idée que les éducations posent de nouveaux problèmes aux éducateurs et formateurs, il s'agit à l'inverse de considérer que ces éduca-

## Contexte régional et dynamique du projet

L'académie de La Réunion comprend 22 circonscriptions qui regroupent 538 écoles, soit un total de 122 600 élèves (45 200 en maternelle, 77 400 en élémentaire) auxquels il faut ajouter 6 434 personnels. Malgré ces effectifs très importants, rares sont les écoles dans lesquelles l'éducation est inscrite dans le projet d'établissement. Le projet académique santé-social en faveur des élèves 2008-2011 a fait de ce champ l'une de ses priorités, prévoyant un travail auprès de tous les élèves sur les thèmes de l'éducation à la sexualité, la prévention des conduites addictives (notamment alcool et poly-toxicomanies), l'interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids.

La classe d'âge des 14 ans et moins représente une part importante puisqu'elle comptait plus de 190 000 enfants en 2005, soit un quart de la population. En moins de vingt ans, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes Réunionnais de 6 ans a été multipliée par 2,2 pour les garçons et de 3,6 pour les filles. En effet, les mutations sociales rapides qui ont traversé la population réunionnaise dans les cinquante dernières années ont modifié la façon de l'approvisionner, de manger et de se déplacer.

Source : Balcou-Debussche M. Un « passeport-santé » pour le premier degré. In : *Éducation pour la santé (dossier)*. Expressions n° 32, mars 2009 : p. 33-48.

<http://www.reunion.iufm.fr/Recherche/Expressions/32/Balcou.pdf>

tions peuvent renouveler et dynamiser les approches dans les disciplines dites fondamentales. Autrement dit, il est possible de concevoir une séance de langage ou de mathématiques tout en travaillant aussi l'éducation à la santé. Par exemple, en éducation nutritionnelle, il s'agira d'amener les personnes à calculer leurs apports et dépenses énergétiques sur une journée tout en se questionnant sur l'équilibre de leurs repas, en cohérence avec les dynamiques culturelles et sociales auxquelles chacun se réfère. Travailler sur les « éducations à » invite ainsi à tisser des liens entre les savoirs scolaires et les pratiques sociales, et oblige à se questionner sur ce qui les fonde, leur donne sens. Un tel travail est nécessairement formateur pour les élèves puisqu'il place l'interaction et le « faire ensemble » au centre des préoccupations éducatives.

### Le dispositif « passeport santé »

Le dispositif « passeport santé » qui a été conçu et mis en place à l'île de La Réunion s'inscrit dans ce même cadre général. La première ambition a été de réunir différents acteurs (médecins, enseignants, infirmiers, parents, etc.) et de s'interroger ensemble en vue de pouvoir proposer des démarches de formation et des supports pédagogiques adaptés au contexte réunionnais. De 2009 à 2011, une première phase d'expérimentation dans les écoles maternelles et élémentaires a permis de recueillir la diversité des attentes des enseignants, des élèves et des familles. À partir des résultats de

cette expérimentation, le dispositif « passeport santé » s'est étendu à de nouveaux établissements en mettant en avant les priorités suivantes : accompagner la réflexion des enseignants sur leurs pratiques, faire découvrir des ressources humaines et pédagogiques variées, promouvoir de nouvelles activités en tenant compte du contexte et des priorités académiques. Les documents pédagogiques qui ont été créés constituent désormais un référent commun (non exclusif) en éducation à la santé à La Réunion. Ils sont d'ailleurs largement utilisés dans la formation initiale et continue des enseignants. Environ cinq cents enseignants ont déjà bénéficié d'actions de formation autour du projet « passeport santé » et plus de cinq mille élèves et leurs parents questionnent ensemble les livrets pédagogiques qui circulent entre l'école et la famille. Le livret de douze pages remis à chaque élève (un livret pour les cycles 1 et 2, un autre pour le cycle 3) comprend des activités qui lui permettent de faire le point ou de questionner ses connaissances, attitudes, valeurs. Illustré de photos et de dessins, il s'articule autour d'items comme « Je mange, je bouge », « Je prends soin de moi », « Je suis prudent ».

Chaque nouvelle école qui intègre le dispositif reçoit les supports pédagogiques ainsi qu'un accompagnement (par l'équipe de circonscription et/ou le coordonnateur du dispositif) qui permet d'ancrer le travail à réaliser dans une perspective de promotion de la santé des individus et d'épanouisse-

ment du collectif. Concrètement, une grille récapitulative des connaissances et compétences à construire a été établie pour trois thématiques (éducation à la nutrition, à la sexualité, prévention des excès et risques). Cette grille n'est pas du tout pensée comme une grille d'évaluation : elle est, à l'inverse, présentée comme un référent commun qui permet de poursuivre la réflexion sur la diversité tout en assurant une cohérence dans l'équipe, ainsi qu'au niveau des élèves et de leurs familles.

L'ensemble de ces conditions étant réunies, les éducations à la santé, à la citoyenneté et à la responsabilité peuvent alors être pensées comme de véritables leviers qui permettent de ne plus oublier l'enfant qui se cache derrière l'élève, l'acteur derrière la cible, l'être social derrière l'être singulier. Dès lors, elles questionnent nécessairement l'épanouissement individuel et collectif qui devrait prévaloir sur la seule perspective de la réussite scolaire...

**Maryvette Balcou-Debussche**

Maître de conférences,  
IUFM-Université de La Réunion,  
Coordonnatrice pour La Réunion  
du réseau national UNIRÉS  
(Réseau des universités  
pour l'éducation à la santé)<sup>2</sup>.

1. En ligne : [http://www.coe.int/t/f/coop/E9ration\\_culturelle/education/Education\\_interculturelle/](http://www.coe.int/t/f/coop/E9ration_culturelle/education/Education_interculturelle/)  
2. En ligne : <http://plates-formes.iufm.fr/education-sante-prevention/>

## ► Références bibliographiques

- (1) Jourdan D. *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 160 p.
- (2) Circulaire n° 98-327 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo981203/SCOE9802899C.htm>
- (3) Mérini C. *Le partenariat en formation. De la modélisation à une application* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : L'Harmattan, 1999 : 224 p.
- (4) Wolff É., Watin M. dir. *La Réunion, une société en mutation* (t. 7 : *Univers créoles*). Paris : Anthropos-Economica, coll. Exploration interculturelle, 2010 : 248 p.

# Académie de Toulouse : l'éducation affective et sexuelle, de la maternelle au lycée

**Dans l'académie de Toulouse, un programme d'éducation affective et sexuelle a été mis en place dans plusieurs établissements, de la maternelle au lycée. Ce programme a notamment permis de travailler sur les relations filles-garçons, les violences et les conduites à risque. Le bilan montre une coopération fructueuse entre établissements et une forte implication des élèves dont certains sont devenus des « préventeurs » vis-à-vis de leurs pairs. Ce bilan positif est contrebalancé par les difficultés financières et organisationnelles, qui montrent à quel point il est difficile d'installer ce type de projet dans la pérennité.**

L'éducation à la santé a-t-elle un avenir au sein de l'Éducation nationale ? Contribuer à faire des enfants et des adolescents des adultes capables de participer et d'être acteurs de la société de demain fait partie de la mission confiée à l'École. Or, ce cheminement doit s'effectuer dans un espace spatio-temporel contraint – les années de primaire, collège, lycée –, bousculé par des injonctions sociétales de plus en plus fortes (demandes éducatives sur les risques liés aux consommations de substances, les risques de grossesses précoces, les IST, etc.) adressées à l'Éducation nationale. L'École doit donc travailler sur tous les thèmes de société tout en remplissant sa vocation première qui est d'accompagner les élèves dans la réussite scolaire.

Si les programmes et le fonctionnement des établissements permettent d'envisager sereinement une continuité dans les enseignements et les apprentissages autour des questions de santé, l'on constate que le passage à la pratique s'avère plus complexe. L'éducation à la santé relève encore souvent de la volonté de quelques professionnels parmi les équipes éducatives et s'appuie sur les compétences en matière de santé des personnels médicaux sociaux et infirmiers de l'Éducation nationale et/ou des partenaires extérieurs.

Il convient de réfléchir à cette dichotomie entre, d'une part, des textes et des structures facilitatrices *a priori* et,

d'autre part, une réalité plus contrastée dans les établissements scolaires.

## Éduquer dans les programmes

Aujourd'hui, le socle commun de connaissances et de compétences propose une continuité pédagogique des enseignements incluant les questions de santé<sup>1</sup>. Exemple, pour traduire cette réalité de terrain : sur un territoire de l'académie de Toulouse, deux ans auront été nécessaires pour développer un projet de santé associant primaire, collège, lycée et lycée professionnel (*lire la seconde partie de cet article*). Il a tout d'abord fallu réunir régulièrement les différents acteurs – chefs d'établissement, directeurs d'école, conseillers techniques de santé, inspecteurs de l'Éducation nationale, enseignants, personnels de santé, conseillers d'orientation, psychologues, personnels du groupement régional de santé publique (GRSP) devenu agence régionale de santé (ARS). Et c'est cette organisation qui a permis ensuite une conduite de projet congruente.

## Programme d'éducation affective et sexuelle

Le choix du thème a fait l'objet d'une discussion fondée sur l'expertise des acteurs de terrain. L'éducation affective et sexuelle<sup>2</sup> en milieu scolaire a été retenue unanimement, laissant à chacun le libre choix de la conduite pédagogique selon les niveaux d'âge concernés et s'incluant dans un continuum éducatif. Seule la ligne directrice

et les objectifs généraux étaient communs. Le but fixé était de développer un projet d'éducation à la vie affective et sexuelle en lien avec un territoire rural, de la maternelle au lycée, en créant les conditions favorables à la participation active des élèves.

Le travail régulier des équipes éducatives et de l'encadrement (au moins une réunion par mois) et leurs échanges en tant qu'acteurs de la prévention puis leurs engagements auprès des élèves, ont facilité la mise en œuvre de ces objectifs. Les élèves des classes concernées par ce programme ont ensuite eux-mêmes présenté ces travaux auprès d'autres élèves, se positionnant ainsi comme « préventeurs ». En amont, le groupe de pilotage du projet avait défini une ligne directrice pour chaque niveau (premier/second degré). Pour le premier degré : reconnaître l'autre comme différent, savoir reconnaître et nommer ses émotions, comprendre ce qui est interdit et ce qui est permis. Pour le collège, les élèves devaient réfléchir aux différentes dimensions de la sexualité, à la façon dont on parle de ses émotions selon la sphère publique-privée. Au lycée, la réflexion intégrait des dimensions plus spécifiques telles que les IST et les grossesses précoces, en lien avec le développement de l'esprit critique fondé sur la mobilisation des compétences bio-psychosociologiques.

La réalisation de ce projet a été fortement portée par le rectorat qui a



apporté un appui méthodologique et technique aux équipes des établissements ; parallèlement, il a été fortement soutenu par les partenaires institutionnels (GRSP puis ARS).

Chaque classe concernée a produit des supports qui ont fait l'objet d'un partage de sens lors d'un événementiel regroupant tous les niveaux sur une même unité de temps et de lieu (journée inter-établissements du 11 mai 2010, voir plus bas). L'utilisation des programmes et l'adéquation aux compétences des élèves ont été le filigrane de cette action.

### Un programme, de la maternelle au lycée

Comment s'est déroulé le projet concrètement sur le terrain ? Au cours de l'année 2009-2010, plusieurs établissements de tous niveaux<sup>3</sup>, dont l'école maternelle et primaire et le collège de Boulogne-sur-Gesse, une commune rurale, y ont participé. Enseignants et infirmière scolaire en étaient les pilotes.

La grande section de maternelle de Boulogne-sur-Gesse a travaillé avec le

CP à partir de la lecture d'albums, du fichier « Les p'tits égaux »<sup>4</sup> et du film *La domination masculine*<sup>5</sup>. Au niveau du collège, le chef d'établissement, l'infirmière, les professeurs ont collaboré dans le cadre du CESC. Pour les quatre classes de 6<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup>, l'analyse des besoins a fait ressortir les thèmes suivants : violences verbales et physiques, méconnaissance des changements physiques, représentations erronées de la femme. Les adolescents ont donc travaillé sur les différences et l'égalité filles-garçons, à partir des rôles respectifs des parents dans leurs familles. Pour ce faire, quatre leviers ont été utilisés : l'intervention d'un théâtre<sup>6</sup> sur l'irrespect, les séances d'éducation santé « puberté et adolescence » avec l'infirmière, les échanges avec le professeur de français et l'infirmière autour d'un conte<sup>7</sup> sur le fait d'être femme, la réalisation d'affiches destinées à être exposées dans les établissements.

### Relations filles-garçons, violences, conduites à risque

Dans les trois classes de 4<sup>e</sup>, deux thèmes ont émergé de l'analyse des besoins : les relations filles-garçons, les

violences et les conduites à risque. Deux actions ont été réalisées : débat après les cours, avec l'infirmière et le professeur de SVT, sur la puberté, la procréation ; en cours de français, lecture puis visualisation d'une pièce de théâtre<sup>8</sup> suivie d'un débat avec les élèves de classe de 2<sup>nd</sup>e.

Dans les deux classes de 3<sup>e</sup>, en plus des thèmes abordés en 4<sup>e</sup>, se sont ajoutées les questions relatives à l'acceptation des différences, l'égalité des chances, la parité et l'homosexualité. Les actions réalisées ont été les suivantes : l'intervention des sages-femmes du centre de planification de Toulouse sur la sexualité, les moyens contraceptifs, les IST, etc. ; l'infirmière et le professeur de SVT ont répondu à des questions anonymes sur la contraception et le sida. Sans pouvoir citer ici toutes ces actions, l'infirmière, l'assistante sociale, les professeurs principaux et le professeur d'histoire sont intervenus et ont sollicité la participation active des élèves sur l'égalité filles-garçons et le travail des femmes : les élèves ont lu des ouvrages et présenté des exposés. Les parents des collégiens

ont également été consultés et ont souhaité aborder le thème suivant : « conflits avec nos adolescents, difficultés à gérer leurs comportements et leurs conduites ». Un expert de l'École des parents<sup>9</sup> leur a apporté un certain nombre de réponses lors d'une conférence sur la thématique « Être parent, pas si facile ».

Point d'orgue de cette coopération du primaire au lycée : la « journée inter-établissements » du 11 mai 2010, au lycée Bagatelle de Saint-Gaudens, réunissant deux classes de maternelle, trois collègues et deux lycées, et qui s'est tenue sur le thème du « respect de l'identité sexuelle ». Lors de cette journée, une conférence-débat autour de l'égalité hommes-femmes dans la vie professionnelle a été organisée, les travaux – exposés, diaporamas, affiches – des élèves des collèges et lycées ont été présentés.

### À l'heure du bilan

Des points positifs ont été pointés : les liens entre les établissements *via* le CESC inter-établissements ; le travail commun des jeunes, de la maternelle au lycée et le tutorat qui s'est mis en place entre lycéens-collégiens/primaire et maternelle (notamment lors de la journée inter-établissements où les grands ont pris en charge les petits) ; les enseignants ont accepté de sortir de leur discipline pour travailler ensemble au projet, et les équipes de direction des établissements en ont facilité la réalisation. À cela s'ajoutent l'accompagnement par les services académiques en termes de formation des personnels ainsi que le partenariat institutionnel Éducation nationale/GRSP (ARS).

Du côté des points négatifs, on retiendra : certains projets n'ont pas été réalisés, faute de temps ; la participation des parents des collégiens a été faible pour la conférence et le projet en général, et les coordinateurs ont dû bien souvent faire face à une surcharge de travail. Enfin, le bilan est en demi-teinte pour ce qui est de la poursuite du projet : certains établissements continuent, d'autres y renoncent pour cause de difficultés financières et d'organisation. Cependant, on note qu'une partie d'entre eux continue de travailler sur le thème de l'éducation affective et sexuelle, utilisant d'ailleurs les matériaux conçus tout au long du pro-

gramme. Ainsi, d'anciens élèves de 3<sup>e</sup>, désormais en première, interviendront aux côtés des infirmières scolaires auprès de leurs pairs élèves de 3<sup>e</sup>, sur tous les thèmes qu'ils ont travaillés : égalité homme-femme, moyens de contraception, prévention du sida, etc.

**Georges Castéran**

Infirmier, conseiller technique du recteur,  
Rectorat de l'académie de Toulouse,

**Christine Lasserre**

Infirmière scolaire,  
Lycée de Bagatelle, Saint-Gaudens,  
infirmière au collège de Boulogne-sur-Gesse  
en 2009-2010.

1. Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, Direction générale de l'enseignement scolaire.

2. Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 sur l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.

3. Circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006 sur la protection du milieu scolaire - Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

4. À Toulouse, en 2003, la rectrice, Madame Belloubet, a souhaité introduire la notion d'affectivité dans l'intitulé ainsi que le mentionne la circulaire de 2003. Il s'agit d'élargir le concept éducatif en positionnant la sexualité sur l'ensemble des champs bio-psychosociaux. « L'École a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Il s'agit de leur donner les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement. Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale. » Extrait de la Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003.

5. Collège Didier Daurat, l'école maternelle et primaire La Résidence, lycée professionnel Casteret, lycée Bagatelle de Saint-Gaudens, collège Armand Latour d'Aspet, école maternelle et collège de Boulogne-sur-Gesse, collège Bertrand Laralde de Montréjeau.

6. Mission départementale aux droits des femmes et à l'égalité. Préfecture de la Haute-Savoie – SDSIC. [http://www.lesptitsegaux.org/qui\\_sommes\\_nous.html](http://www.lesptitsegaux.org/qui_sommes_nous.html)

7. <http://ladominationmasculine.net/>

8. <http://lacompanievirtuelle.com/lacompanie/index.html>

9. Gay-Para P. Sous la peau d'un homme. Paris : Didier Jeunesse, 2007 : 36 p. <http://www.didierjeunesse.com/component/catalogue/?view=article&id=153>

10. Abifors B., Bargum J. Y a-t-il des tigres au Congo ? [Théâtre]. Nantes : L'élan 1995.

11. L'École des parents est une association qui mène des actions de soutien aux acteurs éducatifs : parents, famille, professionnels.

# Education Santé

## sommaire

### n° 272 novembre 2011

#### Initiatives

**La prévention sanitaire et ses excès**  
Christian De Bock

**Comment aborder la prévention en médecine générale ?**  
Valérie Hubens et Carina Serano

**Vaccination contre le papillomavirus et politique de santé publique**  
Jacques Morel et Patrick Dupriez

**Le sommeil**  
Guy Adant

**Question Santé, trente ans déjà**  
Christian De Bock

**Au Sud-Soudan, après l'indépendance le défi de la santé maternelle**  
Patricia Huon

#### Réflexions

**Vaccination : le temps des doutes ?**  
Patrick Trefois

**Investir 1% du budget des soins dans la promotion de la santé**  
Luc Berghmans

#### Outils

**Mic Mac, ou comment enterrer la hache de guerre**

#### Vu pour vous

**Sept films sélectionnés par les mutualités lors du Festival ImagéSanté 2010**  
Simon Trappeniers

Ce numéro contient un supplément « Répertoire du Réseau Bruxellois des centres de Documentation en promotion de la Santé », destiné aux abonnés en région de Bruxelles-Capitale.

#### Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé. Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). La revue papier est diffusée par abonnement (gratuit) uniquement en Belgique. Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 et/ou télécharger la revue en pdf : <http://www.educationsante.be>

# Académie de Caen : un partenariat enseignants-assistants sociaux sur la prévention de la maltraitance

**Dans l'académie de Caen, des assistantes sociales et des enseignants ont conçu ensemble un document de référence pour pouvoir intervenir dans les collèges sur la prévention de la maltraitance. Ce projet a été piloté par le rectorat. Utilisé en classe, ce document est un guide pour l'action et un outil d'accompagnement pour les intervenants, qu'ils soient enseignants ou assistants sociaux.**

L'Éducation nationale dispose d'un service social en faveur des élèves, qui intervient en priorité dans les collèges et les lycées : les assistants sociaux scolaires, regroupés au sein d'un service départemental, ont plusieurs missions dont la protection des mineurs en danger<sup>1</sup>. Chaque département a mis en place des protocoles de transmission d'informations au conseil général et de signalement auprès du procureur, afin que des aides soient apportées aux jeunes et à leurs familles. Mais comment améliorer les pratiques professionnelles pour aller vers une démarche de prévention primaire associant enseignants et assistants sociaux scolaires dans un même établissement ? Comment travailler ensemble avec les élèves d'une classe pour optimiser un message de prévention et de protection, notamment dans le domaine de la maltraitance ? Le cadre est aujourd'hui posé. La réforme de 2004 du diplôme d'État d'assistant de service social développe l'intérêt et la méthodologie de l'intervention collective.

Dans l'Éducation nationale, le Code de l'éducation (article L. 542-3) précise qu'une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée est inscrite dans l'emploi du temps des élèves des écoles, des collèges et des lycées.

Depuis 2005, le socle commun de connaissances et de compétences présente ce que chaque élève doit savoir et maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire et affirme notamment que « l'École doit permettre à chacun de

*devenir responsable, c'est-à-dire autonome et ouvert à l'initiative, et d'assumer plus efficacement sa fonction d'éducation sociale et civique »* (Piliers 6 et 7). Plus récemment, la rénovation des programmes d'histoire-géographie et de français au collège a été l'occasion de promouvoir un travail d'équipe dans le champ de la prévention, notamment celui de la maltraitance envers les enfants.

En tant que référent de l'établissement dans le domaine de la protection de l'enfance, le service social en faveur des élèves peut et doit contribuer à cette éducation à la citoyenneté en collaboration avec les enseignants.

## Document de référence sur la maltraitance

Dans l'académie de Caen, un document de référence sur la protection de l'enfance a été réalisé au cours de l'année 2010-2011, pour permettre aux enseignants d'histoire-géographie, d'éducation civique et de français, ainsi qu'aux assistants sociaux de mieux travailler ensemble (*lire l'encadré*).

Un groupe de travail a été constitué sous le double pilotage de la conseillère sociale du recteur et l'inspectrice pédagogique régionale d'histoire-géographie, auquel ont été associés un enseignant d'histoire-géographie, un enseignant de français, une responsable de

## Séance annuelle sur la protection de l'enfance

Le document « Quel partenariat entre les assistants du service social et les enseignants ? » est un guide pour l'action. Il propose de mettre en place des séances de sensibilisation à la protection de l'enfance. Il est téléchargeable sur Internet sur le site de l'académie de Caen<sup>1</sup>.

Il explicite les points d'ancrage que l'on trouve dans les programmes de 6<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> en histoire-géographie et éducation civique, et propose des exemples de séquences fondés sur des ouvrages de littérature jeunesse ou sur différents textes.

La place de l'assistant de service social par rapport à une séance de protection de l'enfance est de :

- sensibiliser les élèves à la prévention des différentes formes de maltraitance envers les enfants en apportant des éléments d'information (droits, devoirs, obligations) ;
- favoriser une meilleure perception des comportements à risque au quotidien ;
- donner à l'enfant les moyens de repérer les formes et les signes de maltraitance pour qu'il puisse répondre par des conduites adaptées ;
- identifier les personnes ressources (entourage familial, associations, institutions, établissement scolaire).

Ce document donne également une bibliographie de référence sur le thème de la maltraitance.

1. [http://www.ac-caen.fr/ressources-professionnelles\\_197\\_vademecum.html](http://www.ac-caen.fr/ressources-professionnelles_197_vademecum.html)





service social départemental et une assistante sociale scolaire très investie dans le champ de la prévention. Un premier échange a permis de s'inscrire dans une culture commune, de préciser les attentes et les complémentarités, de déterminer les principes d'actions.

L'inscription de cette intervention dans le projet d'établissement – et si possible dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) – est souhaitable, car cela signifie que le projet est validé par le chef d'établissement, ce qui lui donne une véritable légitimité. L'heure de vie de classe hebdomadaire, inscrite dans l'emploi du temps des élèves, permet de travailler sur des thèmes transversaux, notamment la citoyenneté.

### Une complémentarité des savoirs et des compétences

Les programmes scolaires d'histoire-géographie et de français offrent des ressources et une ouverture sur le

thème de la maltraitance envers les enfants dans toutes ses dimensions, qu'elles soient sociales, culturelles, politiques, économiques, historiques, géographiques. L'enjeu pour le service social est de travailler en complémentarité avec les enseignants. Tout au long de ce processus, l'assistante sociale vient en soutien aux enseignants.

### Une approche pluridisciplinaire

Dans le cadre de ce projet, il a été particulièrement intéressant pour les deux enseignants d'histoire-géographie et de français de s'organiser, dès le début de l'année, pour construire leurs programmes sur deux jours consécutifs et de s'appuyer sur les ressources du centre de documentation.

Néanmoins, le contexte local ou les délais impartis ne rendent pas toujours possible ce travail en commun. L'essentiel est d'intégrer l'intervention sur la protection de l'enfance à un travail de classe et de prévoir la collaboration du

service social à un moment précis du programme. Le document de référence réalisé donne des pistes concrètes : il s'agit d'un recueil de ressources documentaires qui représentent des axes de travail à géométrie variable. Les œuvres de la littérature jeunesse sont des supports de réflexion particulièrement riches pour les élèves et permettent, sur un sujet délicat, une mise à distance sur le plan affectif.

### Un exemple d'approche intégrée

La thématique du harcèlement d'un enfant dans un groupe a été choisie par l'enseignante de français pour expérimenter cette approche en classe de 6<sup>e</sup>. Dans ce contexte de travail, l'assistante sociale a élargi le débat en apportant ses propres objectifs :

- sensibiliser les élèves à la prévention des différentes formes de maltraitance envers les enfants en apportant les éléments d'information (droits, devoirs, obligations) ;
- favoriser une meilleure perception des comportements à risque au quotidien ;
- donner les moyens de repérer les formes et les signes de maltraitance pour que des dispositifs adaptés puissent être mis en place ;
- identifier les personnes ressources dans et hors de l'établissement (entourage familial, associations, institutions).

Le document propose aussi des liens pour accéder aux documents de référence présentés et cités. Il est disponible en ligne sur le site de l'académie de Caen<sup>2</sup>, au titre de ressources documentaires. Il a été présenté, courant 2011, aux assistants sociaux en réunion de service départemental. Il sera expérimenté durant l'année scolaire 2011-2012.

**Michèle Kail**

Conseillère technique de service social auprès du recteur de l'académie de Caen.

1. Circulaire n° 91-248 du 11 septembre 1991 sur les missions et fonctionnement du service social de l'Éducation nationale.

2. [http://www.ac-caen.fr/ressources-professionnelles\\_197\\_vademecum.html](http://www.ac-caen.fr/ressources-professionnelles_197_vademecum.html)

# Pour en savoir plus

Les sources d'information proposées dans cette rubrique s'inscrivent dans une approche globale de l'éducation pour la santé à l'École. La littérature sur les métiers de l'Éducation nationale et l'éducation pour la santé est à ce jour très peu fournie. Elle recense essentiellement des articles sur les enseignants, quelques écrits récents sur le métier d'infirmier(ère) scolaire, mais très peu de documents sur le rôle de l'assistant(e) social(e) dans ce champ.

Dans un premier temps, les références proposées dressent un rapide état des lieux, accompagné d'articles de réflexion sur la place actuelle des enseignants, des infirmiers et des assistants sociaux au sein de l'École en matière d'éducation pour la santé. Ensuite, des documents d'orientation et d'intervention pour la mise en place d'actions sont décrits. La formation des acteurs de l'éducation pour la santé en milieu scolaire et les textes réglementaires décrivant leurs missions sont ensuite abordés. Une sélection de revues et de sites Internet clôture cette rubrique.

Les adresses des sites Internet ont été consultées et vérifiées le 17/10/2011.

À noter : ce dossier thématique fait particulièrement résonance avec deux précédents dossiers publiés dans *La Santé de l'homme* :

• Éducation pour la santé à l'École : quelles compétences pour les professionnels ? *La Santé de l'homme*, mai-juin 2007, n° 407 : p. 17-36.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf>

• Éducation à la santé à l'École. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2000, n° 346 : p. 16-40.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/346.htm>

## ► Enseignants, infirmiers, assistants sociaux en milieu scolaire et éducation pour la santé : états des lieux et réflexions

• Berger D., Nekaa M., Courty P. Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé. *Santé publique*, novembre-décembre 2009, vol. 21, n° 6 : p. 641-657.

• Berger D., Jourdan D. dir. *Les enseignants et l'éducation à la santé*. Toulouse : éditions universitaires du Sud, 2007.

• Berger D., Jourdan D. *Éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ?* Toulouse : éditions universitaires du Sud, coll. École & santé, 2008 : 345 p.

• Bristol-Gauzy P., Kerneur C. *Infirmière de l'Éducation nationale*. Paris : Maloine, coll. Professions de santé, 2011 : 224 p.

• Deroubaix J. La promotion de la santé à l'école au centre de deux logiques. *Éducation Santé*, mars 2008, n° 232 : p. 17-19.



En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=999>

• Inspection générale de l'Éducation nationale, Inspection générale de l'Administration, de l'Éducation nationale et de la Recherche, Inspection générale des Affaires sociales. *Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. Paris : ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, 2004 : 100 p.

En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000190/0000.pdf>

• Jourdan D. Quelle éducation à la santé à l'école ? *Revue des professionnels de l'enfance*, 2004, n° 27.

En ligne : [www.laicite-educateurs.org/IMG/pdf/education\\_sante.pdf](http://www.laicite-educateurs.org/IMG/pdf/education_sante.pdf)

• Larue R., Fortin J., Michard J.-L. *École et santé : le pari de l'éducation*. Paris : Hachette Éducation, CNDP, coll. Ressources formation - Enjeux du système éducatif, 2000 : 158 p.

• Leyrit É., Simar C., Friaud L., Jourdan M.-H., Jourdan D. *Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative*. Congrès Aref, Strasbourg, 28-31 août 2007 : 11 p.

En ligne : [http://www.congresintaref.org/actes\\_pdf/AREF2007\\_Emilie\\_LEYRIT\\_489.pdf](http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Emilie_LEYRIT_489.pdf)

• Mérini C., De Peretti C. Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? *Santé publique*, 2002, vol. 14, n° 2 : p. 147-164.

• Nekaa M. Infirmier scolaire : un métier partagé entre soins, écoute et éducation. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2007, n° 389 : p. 6-7.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/389/08.htm>

• Nekaa M. Une équipe de professionnels pour

parler sexualité aux élèves de seconde. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2007, n° 389 : p. 8.

• Nekaa M. Les compétences des infirmiers scolaires au service de l'éducation pour la santé. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2010, n° 407 : p. 27-29.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf>

• Tubiana M. L'éducation pour la santé à l'école élémentaire, une nécessité. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 2010, tome 194, n° 3 : p. 647-662.

En ligne : <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=1821>



## ► Éducation pour la santé à l'école : orientations

• Bantuelle M., Demeulemeester R. dir. *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels, 2008 : 134 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

• Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer*

et développer un projet. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2006 : 139 p.

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

- Gutierrez E. *Un outil pour accompagner la formation des enseignants. Un nouveau cadre pour l'éducation à la santé et la prévention des conduites addictives. Quels enjeux, quels dispositifs ?* [2<sup>e</sup> colloque national des IUFM]. Paris : Conférence des directeurs d'IUFM, 2008.

- Inserm. *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 247 p.

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

- Perrin-Escalon H., Hassoun J. *Adolescence et santé : constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2004 : 114 p.

## ► La formation des professionnels

- Berger D., Nekaa M., Courty P. *Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé*. *Santé Publique*, 2009, vol. 21, n° 6 : p. 641-657.

- Jourdan D. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Presses universitaires du Sud, coll. École et santé, 2004 : 401 p.

- Profédus, « Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé » [outil]. Saint-Denis : Inpes, 2010. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=professionnels-education/outils-profedus.asp>

- Lorto V., Moquet M.-J. dir. *Formation en éducation pour la santé. Repères méthodologiques et pratiques*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 100 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1263.pdf>

## ► Textes de référence

### Médecin et infirmier scolaires

- Décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'Éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'Éducation nationale - conseiller technique.

En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000527475>

- La politique de santé en faveur des élèves. *Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale*, Spécial n° 1 du 25 janvier 2001.

Ce numéro spécial définit :

- les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves ;
- les missions des médecins de l'Éducation nationale ;
- les missions des infirmier(ère)s de l'Éducation nationale.

En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm>

### Assistant(e) social(e)

- Circulaire n° 91-248 du 11 septembre 1991 modifiée par la circulaire n° 95-181 du 28 juillet 1995. Missions et fonctionnement du service social de l'Éducation nationale. *Bulletin officiel*, 26 septembre 1991, n° 33, *Bulletin officiel*, 31 août 1995, n° 31.

En ligne : <http://www.crdp.ac-lyon.fr/a/ConcoursATOS/Personnelsservicesocial/circulaire91-248.pdf>

## ► Revues

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

- de favoriser les échanges et le partage d'expériences ;
- de rompre l'isolement des professionnels de la santé et de l'action sociale pour travailler ensemble ;
- d'accompagner les professionnels dans leur pratique quotidienne.

<http://www.afpssu.com/Elsevier-8033.html>



- **Les revues de l'Institut national de recherches pédagogiques (INRP)**

<http://www.inrp.fr/editions/revues>

En particulier, la *Revue française de pédagogie* et *Recherche et formation*.

- **Cahiers pédagogiques**

Revue publiée par le Cercle de recherche et d'action pédagogique.

<http://www.cahiers-pedagogiques.com/>

- **Questions vives**

Revue éditée par le département des Sciences de l'éducation de l'université d'Aix-Marseille I.

<http://questionsvives.sp.educaix.com/index.html>



## ► Sites Internet

- **Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire**

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

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

- **Carrefour éducation**

Créé à l'initiative du ministère de l'Éducation du Québec, Carrefour éducation a pour mission de fournir aux enseignants de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire l'accès rapide, efficace et gratuit à des ressources pertinentes et validées pour faciliter et enrichir le développement des compétences des élèves. Le site développe et assure la pérennité d'un service de collecte, de validation et de diffusion de ressources éducatives sur Internet.

<http://carrefour-education.qc.ca>

- **Éduscol**

Éduscol est le portail de ressources du ministère de l'Éducation nationale. Il a pour vocation d'informer et d'accompagner les professionnels de l'éducation dans leur métier et missions au quotidien. Il a également pour objectif de valoriser et de mettre en commun les bonnes pratiques menées par les acteurs de l'éducation. Le site propose un accès unique vers les textes officiels, l'information sur les programmes, des outils de mise en œuvre et un ensemble de sites de ressources pédagogiques par discipline ou par thématique.

<http://eduscol.education.fr>

- **Ministère de l'Éducation nationale**

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

Sandra Kerzanet  
Documentaliste, Inpes.

# Démarche qualité des associations en promotion de la santé : des formateurs opérationnels en région

**L'Inpes a conçu avec des associations de promotion de la santé un guide aidant à mettre en place une démarche qualité. À ce jour, soixante-quinze formateurs ont été initiés à l'utilisation de ce guide, ils forment les acteurs de terrain dans les régions.**

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) s'est vu confier en 2007, par la direction générale de la Santé (DGS), la mise en place de la démarche qualité au sein des associations de promotion de la santé<sup>1</sup>. Cette mission rentre dans le cadre de la mesure 15 des États généraux de la prévention de 2006 dont l'objectif est de faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention.

### Qualité et démarche qualité en promotion de la santé

La qualité sert à qualifier un produit, un service, des processus. En promotion de la santé, la qualité d'une action est fondée sur l'ensemble des caractéristiques ou des critères qui permettent de construire la meilleure réponse possible aux besoins de santé des populations. Quant à la démarche qualité, c'est un processus continu d'analyse des principes d'organisation, de fonctionne-

ment, de suivi interne, etc. que les associations mettent en œuvre pour assurer la qualité du service rendu aux populations. C'est un processus de questionnement sur les pratiques.

### Le guide d'autoévaluation de la qualité : outil construit par et pour les associations

Le guide « *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* », publié par l'Inpes fin 2009, est le fruit d'une démarche participative ayant mobilisé neuf associations qui ont répondu à un appel à candidature public lancé par l'Institut : Aides, l'Association française des diabétiques (AFD), l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), le Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) Île-de-France, Défi Santé Nutrition (DSN), la Fédération addiction (anciennement l'Association nationale des intervenants en toxi-

comanie et addictologie, l'ANITÉA), la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes), Holisme Communication et le Planning familial. Ce guide a également été testé auprès de quarante associations n'ayant pas participé à son élaboration et représentatives de la diversité du paysage associatif de par leur thématique, leur taille et leur implication dans sept régions.

Il s'adresse aux acteurs de terrain qui mènent des actions en promotion de la santé. C'est un socle de référence collectif, permettant d'avoir une terminologie commune propre au champ. Il a pour fondement l'autoévaluation volontaire d'une action, ou d'un type d'actions, choisie par l'association. La mise en place de la démarche qualité est donc une dynamique interne à la structure.

Le guide est conçu comme un outil permettant aux associations de se questionner sur leurs pratiques de façon structurée et méthodique, d'ouvrir le dialogue au sein de leurs équipes en enclenchant une réflexion collective. Par ailleurs, s'investir dans une démarche qualité contribue à renforcer la confiance entre les associations, la population concernée par les actions et les institutions. Quelques règles fondamentales peuvent être suivies pour lancer une démarche qualité, avec le guide comme support (*lire l'encadré*).

### Le déploiement en région

L'objectif est d'implanter progressivement la démarche qualité dans les associations intervenant en promotion de la santé. Ce travail s'appuie sur des relais régionaux, formateurs pour les réseaux associatifs dans les régions.

Depuis 2010, l'Inpes forme des membres d'associations œuvrant en promotion de la santé (pôles régionaux

### Quelques conseils pour utiliser le guide d'autoévaluation des actions

- Prévoir une réunion d'information en amont avec les équipes pour expliquer la démarche ;
- le guide comprenant des grilles d'autoévaluation de la qualité à remplir, identifier un animateur formé au process de l'autoévaluation de la qualité à même d'aider à leur compréhension (qui peut être une personne extérieure à la structure) et nommer un référent qui pilotera les échanges (réunions) et la rédaction de l'autoévaluation ;
- définir les actions ou groupe d'actions à évaluer : déterminer le choix des critères des actions à autoévaluer avec les décideurs de la structure ;
- croiser les regards des diverses parties prenantes : convier toutes les personnes ayant un lien direct avec l'action ou le groupe d'actions (intervenants, direction, population concernée, partenaires) et prévoir du temps pour remplir les grilles collectivement ;
- avoir un langage commun : se mettre d'accord sur les mots clés et les concepts ainsi que sur la compréhension de la cotation des critères et sous-critères ;
- ne pas baser les réflexions uniquement sur le ressenti : s'adosser à des documents (rapports d'activité, relevés de décisions/comptes rendus, résultats des enquêtes de satisfaction, etc.) ou s'assurer de la présence des personnes de référence (force de preuves).

de compétence<sup>2</sup> et têtes de réseaux associatifs telles que Aides, l'Anpa, la Fédération addiction, etc.) à l'utilisation du guide. L'objectif principal est de constituer un réseau de formateurs pouvant assurer des actions de sensibilisation et/ou de formation auprès des acteurs de terrain.

Entre juin 2010 et mars 2011, trois sessions de formation nationale de formateurs ont été organisées. Deux ou trois autres sessions se tiennent au 2<sup>e</sup> semestre 2011. Dès lors, le réseau de formateurs couvrira l'ensemble du territoire français. En juillet 2011, le réseau comptait soixante-quinze formateurs<sup>3</sup> à même d'aider les acteurs de terrain à s'approprier le guide d'autoévaluation de la qualité et à mettre en place la démarche au sein de leur structure.

Selon les régions, ces formateurs régionaux organisent pour les acteurs de terrain des journées découvertes ayant pour thématique la démarche qualité et mettent en place des formations à l'utilisation de ce guide<sup>4</sup>.

**Émilie Bodet**

Chargée de mission en promotion de la santé, Inpes.

1. Voir l'article « Promotion de la santé : un guide pour améliorer la qualité des actions ». La Santé de l'homme, mai-juin 2010, n° 407 : p. 37-38. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf>.

2. Les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé constituent 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.). Lire l'article « Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé : une fonction documentaire ». La Santé de l'homme, n° 410 : p. 30. Ce sont des dispositifs souvent pluriassociatifs et portés principalement par les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps).

3. Liste des référents disponible en contactant le pôle régional de compétence de votre région. Lire l'article mentionné note 2.

4. Renseignements à prendre auprès des pôles régionaux de compétence. Lire l'article mentionné note 2.

#### Pour en savoir plus

Le guide « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? » est disponible sous format papier et en version électronique sur le site de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=guide-autoevaluation-qualite/guide.asp>

### « Rendre la démarche qualité palpable et concrète »

**Depuis 2007, l'association Aides s'est lancée dans la démarche qualité de ses actions. Elle a aussi participé à la conception du guide de l'Inpes qu'elle a utilisé pour mettre en place une démarche qualité dans les centres d'accueil pour usagers de drogues qu'elle gère.**

L'association Aides s'est lancée dans les réflexions sur la démarche qualité à partir de 2007. À l'époque, nous avons identifié les limites de la méthodologie de projet et des indicateurs d'évaluation demandés par nos financeurs : il fallait trouver autre chose pour continuer à améliorer nos actions. Dans ce cadre, nous avons rejoint le groupe de travail pour l'élaboration du guide « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? », piloté par l'Inpes, qui se présentait comme une opportunité. En parallèle et avec le soutien de l'Inpes, nous avons réalisé nous-mêmes des « guides communs d'actions » (référentiels de bonnes pratiques) traitant des actions clés de Aides. La mise en place de la démarche qualité au sein de notre structure repose donc sur ces deux outils et un engagement fort des membres élus du conseil d'administration et des conseils de régions (volontaires élus par d'autres volontaires).

La première utilisation du guide s'est faite au second semestre 2010 dans vingt-sept centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usagers de drogues (Caarud) gérés par Aides<sup>1</sup>. Il s'agissait de s'assurer que, dans le cadre médico-social, les actions mises en œuvre suivaient bien une démarche communautaire en santé. De prime abord, les équipes ont été méfiantes. En effet, le guide peut paraître ardu et l'utiliser engendre du travail supplémentaire. Mais elles ont joué le jeu et se montrent ravies de l'expérience. Un bilan très positif en est ressorti. Le guide a permis de :

- identifier les points forts de l'action ;
  - identifier les éléments de processus à améliorer de façon beaucoup plus fine qu'avec les bilans ou évaluations habituels ;
  - objectiver et valoriser des pratiques faites de façon tellement « naturelle » que les équipes oublient d'en parler ;
  - mieux dire le « comment » et à partir de quelles valeurs les équipes mènent leurs actions avec les usagers de drogues ;
  - rendre la démarche qualité palpable et concrète.
- La mise en place de la démarche qualité :
- implique que tous les acteurs et en particulier les décideurs de l'association y prennent part ;
  - permet de gagner en visibilité en interne et vers les partenaires associatifs et institutionnels ;

- valorise les savoir-faire des militants et l'approche communautaire de l'association aussi bien en interne qu'à l'externe ;

- ne se résume pas à la phase d'autoévaluation de la qualité réalisée à l'aide du guide. Cela va plus loin, notamment dans le fait d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité des actions.

À ce jour, des étapes cruciales ont été franchies : impliquer les décideurs (président, conseil d'administration, conseillers de régions, équipe de direction de Aides) tout au long de la mise en œuvre, former à l'interne ou via les Pôles régionaux de compétence des référents qualité, et réaliser une première expérimentation (avec les Caarud). Ainsi, en 2012, une fois tirés les enseignements de la première expérimentation et avec le soutien des agences régionales de santé pour la mise en place de la démarche qualité, le conseil d'administration d'Aides déterminera le choix des prochaines actions à évaluer à l'aide du guide. À souligner que la première utilisation du guide doit être accompagnée par une personne préalablement formée afin que la démarche ne soit pas contre-productive ; elle sera à même de la situer dans le processus plus global de la démarche qualité et ainsi de garantir le respect de certaines « règles » d'utilisation. La majorité des militants de Aides ayant participé à l'autoévaluation de la qualité des actions Carrud ont appris à se servir du guide en remplissant de manière collective les grilles d'analyse thématique avec le soutien d'un référent formé. Pour avoir ce type de soutien à l'utilisation du guide, il est possible de se rapprocher des Pôles régionaux de compétence qui proposent des formations et peuvent fournir un accompagnement dans la mise en place de cette démarche. Les associations menant des actions de prévention suivant les valeurs et les principes de la promotion de la santé doivent s'emparer de la démarche qualité qui leur est proposée à travers le guide. C'est le moyen tangible pour les associations de défendre leur approche de la prévention et de construire des réponses toujours plus pertinentes, avec les populations, face aux besoins de santé.

**Sandie Sempe**

Chargée de mission Qualité, Aides, Pantin.

1. Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (Caarud) sont issus de la loi du 9 août 2004 qui visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques (boutiques, bus, automates, « sleep in ») au sein de structures uniques. Ils peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé. Aides gère vingt-huit Caarud.

# Le Gamin au vélo : un film sur le ressenti de l'abandon paternel

Primé au dernier festival de Cannes (Grand prix du jury), *Le Gamin au vélo* des frères Dardenne<sup>1</sup> met en scène la souffrance d'un enfant de 12 ans, placé en foyer car abandonné par son père et qui refuse d'accepter cette cruelle réalité. Outre le thème du désarroi affectif du jeune garçon privé de lien paternel, le film interroge en particulier le refus farouche du dialogue, l'incapacité aussi pour les enfants confrontés à une réalité extrêmement violente de « mettre des mots » sur ce qu'ils ressentent.



© Christine Pienus

## Un film de Jean-Pierre et Luc Dardenne

Belgique, 2011, 1 h 24  
Avec Cécile de France, Thomas Doret et Jérémie Renier.

### L'histoire

Cyril, 12 ans, placé « provisoirement » par son père dans un foyer pour enfants, se heurte au monde des adultes avec sa volonté inflexible de retrouver ce père absent. Dans sa quête obstinée et maladroite, il va rencontrer Samantha, une jeune femme qui accepte de l'accueillir chez elle pendant les week-ends. Mais pour l'enfant, ce n'est guère qu'un moyen pour partir à nouveau à la recherche de son père...

La caméra des Dardenne saisit ce gamin à la croisée des chemins, en quête d'une enfance que l'on devine perdue, refusant et décourageant toute preuve d'affection des adultes à son égard, confronté déjà à la brutalité du

monde, obligé aussi de se construire une identité encore vacillante... Avec beaucoup de finesse, ce film montre notamment les malentendus qui s'installent entre les individus, alors même qu'ils sont bien intentionnés. Samantha en particulier, interprétée par Cécile de France, va se heurter à ce gamin fermé, blessé, incapable d'apprécier la générosité spontanée dont elle fait preuve.

### À quels spectateurs est destiné le film ?

La filmographie des frères Dardenne qui incarne le cinéma social peut donner l'impression d'un pessimisme dominant. Mais *Le Gamin au vélo* rompt avec tout misérabilisme et privilégie des personnages auxquels un large public peut aisément s'identifier. Les spectateurs (à partir de 13 ans environ) partageront facilement le destin de ce jeune gamin tout en admirant la présence chaleureuse de Samantha.

### Relations avec la problématique santé

Cyril est certainement un gamin « en mal d'affection », mais derrière cette formule banale, le film révèle les difficultés auxquelles, tous sans doute, nous pouvons nous heurter dans nos relations aux autres, quand nous sommes pris dans des émotions contradictoires, en proie à des attentes vagues et des sentiments confus. Éducateurs, enseignants, parents sont ainsi souvent confrontés à des silences obstinés, des refus farouches de dialogue, des réactions instinctives qui semblent incontrôlables même face à des témoignages d'intérêt et d'affection...

Le visionnage d'un film ne peut évidemment résoudre de telles situations conflictuelles, mais *Le Gamin au vélo* peut être l'occasion de s'interroger sur les motivations d'un personnage comme Cyril, qui est dans l'incapacité de mettre des mots sur ce qu'il ressent et de dialoguer autrement que par des gestes brusques, même avec celle qui pourtant l'accueille avec bienveillance. La fiction peut ainsi être l'occasion d'une réflexion ou d'un échange sur des comportements qui, en d'autres circonstances, resteraient peu ou mal explicités et, de ce fait, incontrôlés. De façon plus large, le film donne aux spectateurs l'opportunité de mieux mesurer, à travers les réactions des personnages, le « jeu des émotions » qui nous gouvernent plus ou moins malgré nous.

### Quelques pistes de réflexion

De façon un peu provocante, on pourrait dire qu'au cinéma la mémoire permet de donner un sens aux images : les faits montrés – par exemple, ce geste de Cyril qui s'obstine à ouvrir le robinet d'eau dans le salon de coiffure de Samantha – ne trouvent leur sens (ou une partie de leur sens) que dans le contexte général d'une histoire dont le spectateur reconstitue peu à peu la trame par un effort de mémoire. Dans ce cas précis, Cyril vient de découvrir par l'affichette laissée par son père, que son vélo – qui symbolise l'attachement du fils pour son père – n'a pas été volé mais bel et bien vendu par ce dernier. Cette déception face à l'évidence jusque-là niée de la trahison du père se traduit alors par ce geste répété d'ouvrir

le robinet et de laisser l'eau s'écouler sans fin, malgré les objurgations de Samantha. Celle-ci d'ailleurs devine que ce geste masque une colère rentrée, mais elle ne parvient pas à amener l'enfant à en exprimer les raisons.

Dans le cadre d'une animation, on peut ainsi suggérer aux participants de passer en revue quelques passages significatifs du film. Le travail de remémoration va inévitablement entraîner une explicitation et une interprétation de la chaîne des événements dont la « logique » cachée facilitera en retour la recherche de souvenirs. Ainsi, la déception de Cyril, évoquée à l'instant, permet de remonter en amont du récit, puisque l'on se remémore l'obstination de l'enfant à affirmer que son vélo a dû être volé, mais également en aval, les spectateurs se souvenant alors de la réponse du fils face à un père qui lui explique avoir dû vendre le vélo : « *C'est pas grave !* ».

Cette contradiction apparente est évidemment intéressante à analyser, même si elle est sans doute assez facile à interpréter : Cyril n'attachait une aussi grande importance à son vélo que parce que celui-ci le liait à son père, mais quand il retrouve celui-ci, sa présence est évidemment beaucoup plus importante que celle du vélo (qu'il a par ailleurs récupéré). Il ne « ment » pas à son père, mais il reconnaît implicitement que le vol supposé n'était qu'une espèce de prétexte. On peut bien sûr expliciter de façon différente (ou plus nuancée) les motivations du gamin, mais ce qui importe, c'est de parvenir



© Christine Plenus

effectivement à « mettre des mots » sur des réactions que l'enfant lui-même semble incapable de démêler.

Ce travail d'interprétation peut par ailleurs être facilité par de nombreux indices filmiques, et surtout leur « mise en ordre », qui jouent souvent comme une révélation pour les spectateurs.

### Un enjeu essentiel du film

Dans un premier temps, il vaut sans doute mieux aborder des détails précis d'un film comme *Le Gamin au vélo* parce qu'ils sont suffisamment articulés à d'autres éléments pour que l'on puisse en proposer une interprétation cohérente et étayée : on vient de le voir avec le geste de Cyril ouvrant obstinément le robinet d'eau au salon de coiffure. D'autres réactions plus visibles ou plus importantes des personnages mis

en scène peuvent néanmoins susciter le questionnement mais ne pas trouver de réponse aussi facile, tout simplement parce que les réalisateurs ont choisi de ne pas livrer d'éléments d'interprétation à leur propos : c'est le cas notamment du comportement de Samantha qui choisit d'accueillir chez elle le jeune Cyril et qui s'obstine à prendre son parti malgré toutes les rebuffades qu'elle essuie.

Si tout ne s'explique pas, il est néanmoins possible de proposer une interprétation : on peut ainsi faire l'hypothèse que le personnage de Samantha a été pensé par les frères Dardenne comme celui qui va servir de « révélateur » à ce gamin rencontré par hasard : comment, lui, va-t-il réagir face à cette présence adulte qui n'est ni une parente, ni une éducatrice, ni même vraiment une tutrice ? S'il ne s'agit pas à proprement parler d'une « expérience » psychologique dans l'esprit des réalisateurs, cette relation qui se construit tout au long du film avec de multiples rebondissements mérite d'être questionnée même si le champ des réponses reste ouvert.

Dans la seconde partie du film, le jeune Cyril – qui a compris que son père ne souhaite plus l'accueillir – se retrouve partagé entre Samantha, sa « bonne fée », et Wes qui l'invite à jouer sur sa console à *Resident Evil* (NDLR : littéralement : résident du mal) et veut l'entraîner dans un mauvais coup. La réaction de Cyril est ici tout à fait intéressante à commenter sinon à interpréter puisqu'il passe sous l'influence de ce « mauvais garçon » au point d'entrer en conflit violent avec Samantha et de



© Christine Plenus



© Christine Plenus

lui porter un coup (léger) de ciseau.

Cette soumission à un aimé « malfaisant » peut sembler fort commune et est d'ailleurs souvent dénoncée par les adultes, parents ou éducateurs, plus ou moins démunis face à ce qu'ils ressentent comme l'influence prépondérante des « copains », du groupe de pairs qui deviennent aux yeux des enfants et des adolescents plus importants que tous les adultes, même les plus attentionnés. Plusieurs pistes indiquées par le film permettent néanmoins d'éclairer de façon intéressante ce comportement.

### Substitut paternel ou grand frère ?

Cyril a évidemment été marqué par l'abandon de son père, et l'on pourrait voir dans Wes un substitut paternel, mais le grand adolescent ne joue guère ce rôle et se présente plutôt comme un grand frère qui a vécu la même épreuve que lui (il est également passé par le foyer pour enfants abandonnés) et l'a surmontée. Wes offre ainsi à Cyril l'occasion de « grandir », de devenir adulte et indirectement de ne plus souffrir comme un enfant : les épisodes de bagarre avec un autre membre de la bande et le surnom de « pit-bull » dont le gratifie Wes ont d'ailleurs pour effet (ou pour fonction) de « l'endurcir », c'est-à-dire de lui faire préférer l'agressivité, la froideur, la décontraction, la solitude qu'incarne Wes à la tentation de se laisser aller à pleurer sur son sort.

### Elle donne tout, il n'attend rien

L'attitude plus « maternelle » de Samantha, en maintenant Cyril dans son statut d'enfant dépendant de l'adulte, risque, en revanche, de le

ramener au vide affectif causé par l'abandon du père et à sa souffrance. De Samantha, il n'attend d'ailleurs rien puisqu'elle lui donne « tout », et cela lui évite de s'interroger sur cet amour en apparence sans faille qu'elle lui porte : elle lui reprochera notamment, après l'une de ses absences, de ne pas lui avoir téléphoné ni surtout d'avoir pensé qu'elle pouvait s'inquiéter.

À l'inverse, Wes lui fait passer de petites « épreuves » (il lui demande s'il peut vraiment lui faire confiance, il lui fait répéter consciencieusement les gestes de l'agression), signifiant par là que sa reconnaissance n'est nullement assurée. Ce désir d'être reconnu par le chef de la bande constitue en outre un enjeu nouveau pour Cyril : il s'agit de se valoriser et d'être valorisé aux yeux des autres, d'être à la « hauteur » de leurs attentes, fort et agressif comme un pit-

bull. Cette volonté de sauver la face et de s'affirmer est sans doute plus prégnante dans les groupes de garçons où jouent la compétition et la concurrence comme on le voit dans la petite bande de Wes. Et elle explique également le détachement (évidemment variable selon le moment) de Cyril à l'égard de Samantha qui ne lui offre apparemment « que » de l'affection.

L'issue du film permet de contrebalancer ce « mécanisme » puisqu'il révèle la fragilité du groupe de pairs, qui se brise dès que les enjeux se révèlent trop importants et dramatiques, tandis que Samantha devient le seul recours pour l'enfant en perte. Cette « leçon » n'a bien sûr que valeur d'exemple, et le film, avec sa part de fiction et ses interprétations à peine esquissées, laisse au spectateur le soin d'en tirer les véritables conclusions. Néanmoins, l'expérience du *Gamin au vélo* peut permettre à chacun, par le dialogue et la réflexion, de mieux comprendre ces « mécanismes » émotionnels que nous avons tous des difficultés à maîtriser dans le cours pressant de la vie quotidienne.

**Michel Condé**

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

1. Les cinéastes belges ont, par ailleurs, déjà reçu deux Palmes d'or pour *Rosetta* en 1999 et *L'Enfant* en 2005.

### Pour en savoir plus

<http://www.grignoux.be/dossiers-pedagogiques-308>



© Christine Plenus



## Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé

Sous la direction de Michel O'Neill, Geneviève Roch, Michel Boyer



Cet ouvrage propose un outil d'analyse et d'intervention politique en santé en trois phases : choix d'un sujet d'intervention, analyse de l'environnement politique de l'intervention, stratégies et tactiques de mise en œuvre de sa dimension politique. La méthode présentée a été élaborée sur une période de plus de vingt ans et a été expérimentée sur des interventions aussi variées que la qualité des soins, les actions visant les adolescentes enceintes, les fumeurs, le suivi de la vaccination chez les enfants, ou encore, en dehors de la sphère médicale ou communautaire, la collecte des

ordures ménagères et l'assainissement des eaux usées. De nombreux outils sont fournis : tableaux, grilles d'analyse, etc. Quelques exemples d'utilisation de la méthode sont décrits et un site Internet permet d'accéder aux grilles de travail et aux différentes annexes proposées en lien avec l'ouvrage.

**Olivier Delmer**

Québec : Presses de l'Université Laval, 2011 : 275 pages, 40 \$.

## Précis de santé publique et d'économie de la santé

Jean Brignon, Camal Gallouj



Aborder la santé publique de façon dynamique et didactique, tel est l'objectif de ce guide. Les grands concepts de la santé publique sont présentés de façon synthétique, illustrés par des applications pratiques actuelles. Plus particulièrement destiné aux étudiants en soins infirmiers, cet ouvrage intéressera également les professionnels de la santé et du social, soucieux de contextualiser leur pratique au sein d'un champ plus global. Il facilite une compréhension rapide et pratique de cette matière transversale au sein du programme d'études et reste un outil pratique proposé aux professionnels.

Les concepts de base sont décrits : la santé publique, la santé communautaire, les déterminants de l'état de santé, la démographie, l'épidémiologie, les problèmes de santé publique. Une partie de l'ouvrage est consacrée à la prévention, à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé. L'organisation de la prévention, les acteurs et le financement de la protection sociale en France sont également détaillés ainsi que l'évaluation des politiques et des actions en santé publique.

**S. K.**

Rueil-Malmaison : éditions Lamarre, coll. Étudiants lfsi, 2011, 309 pages, 16 €.

## Surveillance épidémiologique : principes, méthodes et applications en santé publique

Pascal Astagneau, Thierry Ancelle



Cet ouvrage consacré à la surveillance épidémiologique a pour objectifs de faire connaître aux professionnels de santé les principes des systèmes de santé existants, de fournir aux épidémiologistes et chercheurs des outils méthodologiques, de permettre aux étudiants et enseignants de disposer d'un manuel complet et précis, et, enfin, d'apporter aux décideurs en santé publique des informations de référence.

L'ouvrage est organisé en quatre grandes parties : les principes généraux et l'organisation de la surveillance épidémiologique, les méthodes et théories spécifiques à ce domaine, les différents champs d'application (pathologies ou groupes de population particuliers, etc.), les relations de la surveillance épidémiologique avec les autres domaines de la santé publique (prévention, réglementation, aspects sociopolitiques, etc.). Une attention particulière a été portée à la surveillance en santé internationale.

Ce livre, illustré par de nombreux graphiques et tableaux, est complété par une série de fiches techniques expliquant et définissant les notions fondamentales de l'épidémiologie descriptive. Il intéressera le corps médical, les chercheurs, les enseignants et les étudiants en santé publique ainsi que tous ceux en charge de la santé publique, de la surveillance ou de la prévention dans les agences ou organismes publics et dans les réseaux de professionnels.

**Sandra Kerzanet**

Paris : Lavoisier, Médecine Sciences Publications, 2011 : 360 pages, 59 €.

## Les dimensions insoupçonnées de la santé au travail

Michel Guillemin



Ce livre dresse un état des lieux de la santé au travail en décrivant les améliorations, les acquis et les problèmes persistants dans ce domaine. Il décrit ensuite les paradoxes et les dérives qui se présentent en milieu professionnel. L'ouvrage explore enfin les dimensions insoupçonnées du travail en lien avec la santé, et indique les pistes de progrès en émergence.

**S. K.**

Paris : L'Harmattan, 2011, 286 pages, 27,50 €.

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

### ALSACE

*Pdt Joseph Becker*  
 Dir. Dr Nicole Schauder  
 Hôpital civil de Strasbourg  
 Ancienne clinique  
 ophtalmologique – 1<sup>er</sup> étage  
 1, place de l'Hôpital – BP 426  
 67091 Strasbourg Cedex  
 Tél. : 03.88.11.52.41  
 Fax : 03.88.11.52.46  
 Mèl : info@cresalsace.org  
 www.cresalsace.org

### AQUITAINE

*Pdt Pr François Dabis*  
 Dir. Vincent Van Lacken  
 6, quai de Paludate  
 33800 Bordeaux  
 Tél. : 05.56.33.34.10  
 Fax : 05.56.33.34.19  
 Mèl : direction@ireps-aquitaine.org  
 www.educationsante-aquitaine.fr

### Auvergne

*Pdt Dr Annie Mosser*  
 Dir. : Ginette Beugnet Le Roch  
 22 bis, impasse Bonnabaud  
 63000 Clermont-Ferrand  
 Tél. : 04.73.91.96.67  
 Fax : 04.73.93.42.56  
 Mèl : ireps.auvergne@orange.fr  
 www.ireps-auvergne.fr

### BASSE-NORMANDIE

*Pdt Jean-Louis Lepée*  
 Resp. Jean-Pierre Ollivier  
 3, place de l'Europe  
 14200 Hérouville-St-Clair  
 Tél. : 02.31.43.83.61  
 Fax : 02.31.43.45.97  
 Mèl : irepsbn@orange.fr  
 www.irepsbn.org

### BOURGOGNE

*Pdt Dr Pierre Besse*  
 Dir. Dr Isabelle Millot  
 Parc Tertiaire Mirande  
 14 H, rue Pierre de Coubertin  
 21000 Dijon  
 Tél. et fax : 03.80.66.73.48  
 Mèl : contact@ireps-bourgogne.org  
 www.ireps-bourgogne.org

### BRETAGNE

*Pdt Dr Jeanine Pommier*  
 Dir. Christine Ferron  
 4 A, rue du Bignon  
 35000 Rennes  
 Tél. : 02.99.50.64.33  
 Mèl : contact@irepsbretagne.fr  
 www.irepsbretagne.fr

### CENTRE

*Pdt Pr Emmanuel Rusch*  
 Dir. Luc Favier  
 Fraps  
 54, rue Walvain  
 37000 Tours  
 Tél. : 02.47.37.69.85  
 Fax : 02.47.37.28.73  
 Mèl : fraps@orange.fr  
 www.frapscentre.org

### CHAMPAGNE-ARDENNE

*Pdt Yvonne Logeart*  
 Dir. Kévin Gouraud  
 89, rue Étienne Oehmichen  
 51000 Châlons-en-Champagne  
 Tél. : 03.26.68.28.06  
 Fax : 03.26.68.97.60  
 Mèl : cres.cha@wanadoo.fr  
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

### CORSE

*Pdt Pierre-Jean Rubini*  
 Dir. Céline Dani  
 Résidence Les Jardins de  
 Boticcione - Bât. A1

Bd Louis Campi  
 20090 Ajaccio  
 Tél. : 04.95.21.47.99  
 Fax : 04.95.28.36.76  
 Mèl : contact@ireps-corse.fr  
 www.ireps-corse.fr

### FRANCHE-COMTE

*Pdt Jeanette Gros*  
 Dir. Pascale Angiolini  
 3, avenue Louise Michel  
 25000 Besançon  
 Tél. : 03.81.41.90.90  
 Fax : 03.81.41.93.93  
 Mèl : contact@ireps-fc.fr  
 www.ireps-fc.fr

### HAUTE-NORMANDIE

*Pdt Patrick Daime*  
 Dir. Marion Boucher Le Bras  
 129, avenue Jean Jaurès  
 76140 Petit-Quevilly  
 Tél. : 02.32.18.07.60  
 Fax : 02.32.18.07.61  
 Mèl : cres.haute.normandie@orange.fr  
 www.ireps-hn.org

### ILE-DE-FRANCE

*Pdt Antoine Lazarus*  
 74, rue Marcel Cachin  
 93017 Bobigny Cedex  
 Tél. et Fax : 01.48.38.77.01  
 Mèl : contact@ireps-iledefrance.org  
 www.ireps-iledefrance.org

### LANGUEDOC-ROUSSILLON

*Pdt Dr Claude Terral*  
 Dir. Evelyne Coulouma  
 Hôpital la Colombière  
 39, avenue Charles-Flahault  
 34295 Montpellier Cedex 5  
 Tél. : 04.67.04.88.50  
 Fax : 04.67.52.02.57  
 Mèl : irepslr@orange.fr  
 www.irepslr.org

### LIMOUSIN

*Pdt Dr Françoise Léon-Dufour*  
 Dir. Martine Pellerin  
 4, rue Darnet  
 87000 Limoges  
 Tél. : 05.55.37.19.57  
 Fax : 05.55.10.00.07  
 Mèl : irepslimousin@orange.fr

### LORRAINE

*Pdt Dr Jeanne Meyer*  
 Dir. Marie Persiani  
 1, rue de la Forêt  
 54520 Laxou  
 Tél. : 03.83.47.83.10  
 Fax : 03.83.47.83.20  
 Mèl : contact@ireps-lorraine.fr

### MIDI-PYRENEES

*Pdt Yvon Fau*  
 Dir. Laurence Birelchic  
 77, allée de Brienne  
 31000 Toulouse  
 Tél. : 05.61.23.44.28  
 Fax : 05.61.22.69.98  
 Mèl : ireps@irepsmp.fr  
 http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr

### NORD-PAS-DE-CALAIS

*Pdt Pr Jean-Marie Haguenoer*  
 Dir. Loïc Cloart  
 Parc Eurasanté  
 235, avenue de la Recherche  
 CS 50086  
 59373 Loos Cedex  
 Tél. : 03.20.15.49.40  
 Fax : 03.20.15.49.41  
 Mèl : ireps-npdc@orange.fr  
 http://ireps.npdc.fnes.fr

### PAYS-DE-LA-LOIRE

*Pdt Pr Pierre Lombrail*  
 Dir. Dr Patrick Lamour  
 Hôpital Saint-Jacques  
 85, rue Saint-Jacques

44093 Nantes Cedex 1  
 Tél. : 02.40.31.16.90  
 Fax : 02.40.31.16.99  
 Mèl : ireps@irepspd.l.org  
 www.santepaysdelaloroire.com

### PICARDIE

*Pdt Pr Gérard Dubois*  
 Dir. Philippe Lorenzo  
 Espace Industriel Nord  
 67, rue de Poulainville  
 80080 Amiens  
 Tél. : 03.22.71.78.00  
 Fax : 03.22.71.78.04  
 Mèl : cres@crepicardie.org  
 www.crepicardie.org

### POITOU-CHARENTES

*Pdt Eric-Pascal Satre*  
 Dir. Julien Tran  
 17, rue Salvador-Allende  
 86000 Poitiers  
 Tél. : 05.49.41.37.49  
 Fax : 05.49.47.33.90  
 Mèl : poitiers@educationsante-pch.org

### COTE D'AZUR

*Pdt Pr Jean-Marc Garnier*  
 Dir. Zeina Mansour  
 178, cours Lieutaud  
 13006 Marseille  
 Tél. : 04.91.36.56.95  
 Fax : 04.91.36.56.99  
 Mèl : cres-paca@cres-paca.org  
 www.cres-paca.org

### RHONE-ALPES

*Pdt Jacques Fabry*  
 Dir. Olivier François  
 9, quai Jean-Moulin  
 69001 Lyon  
 Tél. : 04.72.00.55.70  
 Fax : 04.72.00.07.53  
 Mèl : contact@education-sante-ra.org  
 www.education-sante-ra.org

## Au niveau départemental

### Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)

*Pdt : Pr Jean-Louis San Marco*  
 Vice Pdt : Loïc Cloart  
 Délégué : Eric Bourgarel  
 Siège social  
 Immeuble Etoile Pleyel  
 42, bd de la Libération  
 93200 Saint-Denis  
 Tél. : 01.42.43.77.23  
 Fax : 01.42.43.79.41  
 Mèl : fnes@fnes.info  
 www.fnes.info

### 01 AIN

*Pdt Jean-Claude Degout*  
 Dir. Juliette Fovet-Julieron  
 Adessa Education Santé Ain  
 Parc Les Bruyères  
 293, rue Lavoisier  
 01960 Peronnas  
 Tél. : 04.74.23.13.14  
 Fax : 04.74.50.42.98  
 Mèl : ades01@wanadoo.fr  
 http://ain.education-sante-ra.org

### 02 AISNE

*Pdt Gérard Dubois*  
 1A, rue Émile Zola  
 Zac Le Champ du Roy  
 02000 Chambry  
 Tél. : 03.23.79.90.51  
 Fax : 03.23.79.48.75  
 Mèl : aisne@crespicardie.org

### 03 ALLIER

Ireps Auvergne – Antenne de l'Allier  
*Pdt Jean-Marc Lagoutte*  
 Dir. Annick Anglarès  
 2, place Maréchal de Lattre-de-Tassigny – 03000 Moulins  
 Tél. : 04.70.48.44.17  
 Mèl : ireps03@orange.fr

### 04 PROVENCE

*Pdt Dr Georges Guigou*  
 Dir. Anne-Marie Saugeron  
 Centre médico-social  
 42, bd Victor Hugo  
 04000 Digne-les-Bains  
 Tél. : 04.92.32.61.69  
 Fax : 04.92.32.61.72  
 Mèl : codes.ahp@wanadoo.fr

### 05 HAUTES-ALPES

*Pdt Dr Gilles Lavernie*  
 Dir. Brigitte Nectoux  
 Immeuble « Les Lavandes »  
 1 Place Champsaur  
 05000 Gap  
 Tél. : 04.92.53.58.72  
 Fax : 04.92.53.36.27  
 Mèl : codes05@codes05.org  
 www.codes05.org

### 06 ALPES-MARITIMES

*Pdt Dr Claude Dreksler*  
 Dir. Chantal Patuano  
 61, route de Grenoble  
 06002 Nice  
 Tél. : 04.93.18.80.78  
 Fax : 04.93.29.81.55  
 Mèl : codes.am@wanadoo.fr

### 07 ARDECHE

*Pdt Dr Jean-Marie Bobillo*  
 Dir. Gisèle Bollon  
 2, passage de l'ancien-Théâtre  
 07000 Privas  
 Tél. : 04.75.64.46.44  
 Fax : 04.75.64.14.00  
 Mèl : adessa-codes.07@wanadoo.fr  
 http://perso.wanadoo.fr/adessa

### 08 ARDENNES

*Pdt Dr Catherine Juillard*  
 Dir. Françoise Maitre

21, rue Irénée Carré  
 08000 Charleville-Mézières  
 Tél. : 03.24.33.97.70  
 Fax : 03.24.33.84.34  
 Mèl : CO.DES.08@wanadoo.fr  
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

### 09 ARIEGE

Ireps Midi-Pyrénées/Antenne Ariège  
*Pdt Yvon Fau*  
 Dir. Thérèse Fruchet  
 6, cours Irénée Cros  
 09000 Foix  
 Tél. : 05.34.09.02.82  
 Fax : 05.61.05.62.14  
 Mèl : antenne09@irepsmp.fr

### 10 AUBE

*Pdt Sylvie Le Dourmer*  
 Dir. Cathy Julien  
 Mezzanine des Halles  
 Rue Claude Huez  
 10000 Troyes  
 Tél. : 03.25.41.30.30  
 Fax : 03.25.41.05.05  
 Mèl : codes10@orange.fr  
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

### 11 AUDE

*Pdt Dr Pierre Dufranc*  
 14, rue du 4 septembre  
 11000 Carcassonne  
 Tél. : 04.68.71.32.65  
 Fax : 04.68.71.34.02  
 Mèl : codes11@wanadoo.fr  
 http://codes11.over-blog.com

### 12 AVEYRON

Ireps Midi-Pyrénées  
 Antenne Aveyron  
*Pdt Yvon Fau*  
 Dir. Mylène Carrère  
 13, bd Laromiguière  
 12000 Rodez  
 Tél. : 05.65.73.60.20

### 13 BOUCHES-DU-RHÔNE

*Pdt Pr Jean-Louis San Marco*  
 Dir. Nababie Merle  
 8, rue Jules Moulet  
 13006 Marseille  
 Tél. : 04.91.04.97.30  
 Fax : 04.91.04.97.25  
 Mèl : contact@codes13.org  
 www.codes13.org

### 14 CALVADOS

S'adresser à l'Ireps Basse-Normandie  
 Mèl : irepsbn-antenne14@orange.fr

### 15 CANTAL

Ireps Auvergne – Antenne du Cantal  
*Pdt D<sup>e</sup> Danièle Souquière-Degrange*  
 Bâtiment de l'Horloge  
 9, place de la Paix  
 15012 Aurillac Cedex  
 Tél. : 04.71.48.63.98  
 Fax : 04.71.48.91.80  
 Mèl : ireps15@orange.fr

### 16 CHARENTES

Ireps Poitou-Charentes  
 Antenne Angoulême  
*Pdt Eric-Pascal Satre*  
 Dir. Lucica Adrover  
 Centre hospitalier de Girac  
 16470 Saint-Michel  
 Tél. : 05.45.25.30.36  
 Fax : 05.45.25.30.40  
 Mèl : angoulême@educationsante-pch.org  
 www.education-pch.org

### 17 CHARENTE-MARITIME

Ireps Poitou-Charentes  
 Antenne La Rochelle  
*Pdt Eric-Pascal Satre*  
 Dir. Yann Moisan  
 32, avenue Albert-Einstein  
 17000 La Rochelle  
 Tél. et fax : 05.46.42.24.44  
 Mèl : larochelle@educationsante-pch.org

### 18 CHER

*Pdt Dr Michel Verdier*  
 Dir. Marie Côté  
 4, cours Avaricum  
 18000 Bourges  
 Tél. : 02.48.24.38.36  
 Fax : 02.48.24.37.90  
 Mèl : codesducher@wanadoo.fr  
 www.codes18.org

### 19 CORREZE

Ireps Limousin – Délégation départementale Corrèze  
*Pdt Dr Françoise Léon-Dufour*  
 Dir. Martine Pellerin  
 1, bd du Dr Verhac  
 19100 Brive-la-Gaillarde  
 Tél. : 05.55.17.15.50  
 Fax : 05.55.17.15.57  
 Mèl : ireps19@orange.fr

### 21 COTE-D'OR

Ireps Bourgogne  
 Antenne Côte-d'Or  
*Pdt Dr Pierre Besse*  
 Parc Tertiaire Mirande  
 14 H, rue Pierre de Coubertin  
 21000 Dijon  
 Tél. et fax : 03.80.66.73.48  
 Mèl : codes21@wanadoo.fr  
 www.ireps-bourgogne.org

### 22 COTES D'ARMOR

*Pdt Anne Galand*  
 15 bis, rue des Capucins  
 BP 521  
 22005 Saint-Brieuc Cedex 1  
 Tél. : 02.96.78.46.99  
 Fax : 02.96.78.42.30  
 Mèl : codes-armor@wanadoo.fr

### 23 CREUSE

Ireps Limousin – Délégation départementale Creuse  
*Pdt Dr Françoise Léon-Dufour*  
 Résidence du jardin public - Porche A1  
 27, avenue de la Sénatorerie  
 23000 Guéret  
 Tél. : 05.55.52.36.82  
 Fax : 05.55.52.75.48  
 Mèl : ireps23@orange.fr

### 24 DORDOGNE

Ireps Aquitaine Antenne Dordogne  
*Pdt Pr François Dabis*  
 Dir. Dr Martine Sibert  
 48 bis, rue Paul-Louis Courier  
 24016 Périgueux Cedex  
 Tél. : 05.53.07.68.57  
 Fax : 05.53.06.10.60  
 Mèl : contact24@ireps-aquitaine.org  
 www.educationsante-aquitaine.fr

### 25 DOUBS

*Pdt André Grosperin*  
 Dir. Pascale Angiolini  
 3, avenue Louise Michel  
 25000 Besançon  
 Tél. : 03.81.82.32.79  
 Fax : 03.81.83.29.40  
 Mèl : contact@codes25.org  
 www.codes25.org

## 26 DROME

*Pdt Dr Luc Gabrielle*  
*Dir. Laurent Lizé*  
Drôme Prévention Santé  
36 B, rue de Biberach  
26000 Valence  
Tél.: 04.75.78.49.00  
Fax: 04.75.78.49.05  
Mél: ades26@free.fr

## 27 EURE

S'adresser à l'Ireps  
Haute-Normandie

## 28 EURE-ET-LOIR

*Pdt Dr François Martin*  
*Dir. Myriam Neullas*  
CESEL - Hôtel Dieu  
34, rue du Dr Maunoury  
BP 30407  
28018 Chartres Cedex  
Tél.: 02.37.30.32.66  
Fax: 02.37.30.32.64  
Mél: cesel@cesel.org

## 29 FINISTERE

*Pdt Henri Hénauff*  
*Dir. Pascale Bargain*  
9-11 rue de l'Île d'Houat  
29000 Quimper  
Tél.: 02.98.90.05.15  
Fax: 02.98.90.11.00  
Mél: codes29@wanadoo.fr  
www.codes29.org

## 30 GARD

*Pdt Christian Polge*  
7, place de l'Oratoire  
30900 Nîmes  
Tél.: 04.66.21.10.11  
Fax: 04.66.21.69.38  
Mél: CDES30@wanadoo.fr

## 31 HAUTE-GARONNE

S'adresser à l'Ireps Midi-Pyrénées  
Mél: antenne31@irepsmp.fr

## 32 GERS

Ireps Midi-Pyrénées  
Antenne Gers  
*Pdt Yvon Fau*  
*Dir. Pascale Fémy*  
80, rue Victor Hugo  
32000 Auch  
Tél.: 05.62.05.47.59  
Fax: 05.62.61.25.91  
Mél: antenne32@irepsmp.fr

## 33 GIRONDE

S'adresser à l'Ireps Aquitaine  
Antenne Gironde

## 34 HERAULT

*Pdt Dr Éric Perolat*  
*Dir. René Fortes*  
Résidence Don Bosco  
54, chemin de Moularès  
34000 Montpellier  
Tél.: 04.67.64.07.28  
Fax: 04.67.15.07.40  
Mél: chesfraps@wanadoo.fr  
www.chesfraps.com

## 35 ILLE-ET-VILAINE

*Pdt Gérard Guingouain*  
*Dir. Pascale Camis*  
4A, rue du Bignon  
35000 Rennes  
Tél.: 02.99.67.10.50  
Fax: 02.99.22.81.92  
Mél: codes.35@wanadoo.fr

## 36 INDRE

*Pdt François Martinet*  
*Dir. Séverine Dropsy*  
73, rue Grande  
36019 Chateauroux Cedex  
Tél.: 02.54.60.98.75  
Fax: 02.54.60.96.23  
Mél: codes.36@wanadoo.fr

## 37 INDRE-ET-LOIRE

Ireps Centre - Antenne Indre-et-Loire  
Tél.: 02.47.25.52.87  
Mél: cdrd37.fraps@orange.fr

## 38 ISERE

*Pdt Dr Pierre Dell'Accio*  
*Dir. Jean-Philippe Lejard*  
23, av. Albert 1<sup>er</sup>-de-Belgique  
38000 Grenoble  
Tél.: 04.76.87.06.09  
Fax: 04.76.47.78.29  
Mél: adessig@wanadoo.fr

## 39 JURA

*Pdt Pierre Benicbou*  
*Dir. Agnès Borgia*  
35, avenue Jean-Moulin  
39000 Lons-le-Saunier  
Tél.: 03.84.47.21.75  
Fax: 03.84.24.89.73

## 40 LANDES

Ireps Aquitaine  
Antenne Landes  
*Pdt Pr François Dabis*  
*Dir. Sylvie Ramis*  
Hôpital Sainte-Anne  
Bâtiment Ritournelle  
782, avenue de Nonères  
BP 10262  
40005 Mont-de-Marsan Cedex  
Tél.: 05.58.06.29.67  
Fax: 05.58.75.05.52  
Mél: contact40@ireps-aquitaine.org

## 41 LOIR-ET-CHER

Ireps Centre  
Antenne Loir-et-Cher  
*Pdt Emmanuel Rusch*  
*Dir. Luc Favier*  
34, avenue Maunoury  
41000 Blois  
Tél.: 02.54.74.31.53  
Fax: 02.54.56.04.30  
Mél: fraps41@orange.fr

## 42 LOIRE

*Pdt Dr Gérard Malbern*  
*Dir. Mohamed Boassouar*  
26, avenue de Verdun  
42000 Saint-Étienne  
Tél.: 04.77.32.59.48  
Fax: 04.77.33.89.28  
Mél: direction@codes42.org  
www.codes42.org

## 43 HAUTE-LOIRE

Ireps Auvergne  
Antenne de Haute-Loire  
*Pdt Louis Teyssier*  
8, rue des Capucins  
43000 Le Puy-en-Velay  
Tél.: 04.71.04.94.86  
Fax: 04.71.04.97.41  
Mél: ireps43@orange.fr  
www.ireps-auvergne.fr

## 44 LOIRE-ATLANTIQUE

S'adresser à l'Ireps Pays-de-la-Loire  
Pôle Loire-Atlantique  
Mél: ireps44@irepspd.lor

## 45 LOIRET

*Pdt Danièle Desclerc-Dulac*  
*Dir. Romain Lantiesse*  
Espace Santé  
5, rue Jean-Hupeau  
45000 Orléans  
Tél.: 02.38.54.50.96  
Fax: 02.38.54.58.23  
Mél: info@codes45.org  
www.codes45.org

## 46 LOT

Ireps Midi-Pyrénées  
Antenne Lot  
*Pdt Yvon Fau*  
*Dir. Céline Thery*  
377, avenue du 7<sup>e</sup> R. I.  
(2<sup>e</sup> étage)  
46000 Cahors  
Tél.: 05.65.22.64.77  
Fax: 05.65.22.64.50  
Mél: antenne46@irepsmp.fr

## 47 LOT-ET-GARONNE

Ireps Aquitaine  
Antenne Lot-et-Garonne  
*Pdt Pr François Dabis*  
*Dir. Vincent Van Lucken*  
Lieu dit « Toucaut »  
Route de Cahors  
47480 Pont-du-Casse  
Tél.: 05.53.66.58.59  
Fax: 05.53.47.73.59  
Mél: contact47@ireps-aquitaine.org  
www.educationsante-aquitaine.fr

## 48 LOZERE

*Pdt M.-C. Giraud-Jalabert*  
1 bis, allée des Soupirs  
48000 Mende  
Tél.: 04.66.65.33.50  
Fax: 04.66.49.26.77  
Mél: codes48@wanadoo.fr

## 49 MAINE-ET-LOIRE

Ireps Pays-de-la-Loire  
Pôle Maine-et-Loire  
*Dir. Jamy Pacaud*  
15, rue de Jérusalem  
49100 Angers  
Tél.: 02.41.05.06.49  
Fax: 02.41.05.06.45  
Mél: ireps49@irepspd.lor  
www.sante-pays-de-la-loire.com

## 50 MANCHE

Ireps Basse-Normandie  
Antenne de la Manche  
*Pdt Jean-Louis Lepée*  
*Resp. Jean-Pierre Ollivier*  
3, rue du Léon  
50130 Cherbourg-Octeville  
Tél.: 02.33.01.00.50  
Fax: 02.33.01.10.98  
Mél: irepsbn-antenne50@orange.fr

## 51 MARNE

*Pdt Patrick Bourlon*  
*Dir. Anne Patris*  
Pôle Dunant Education  
1, rue du docteur Calmette  
BP 7  
51016 Châlons-en-Champagne  
Tél.: 03.26.64.68.75  
Fax: 03.26.21.19.14  
Mél: codes.51@wanadoo.fr  
http://champagne-ardenne.fnes.fr

## 52 HAUTE-MARNE

*Pdt Robert Mercey*  
*Dir. Eva Bardet*  
5 bis, bd Thiers  
52000 Chaumont  
Tél.: 03.25.32.63.28  
Mél: codes.52@wanadoo.fr  
http://champagne-ardenne.fnes.fr

## 53 MAYENNE

Ireps Pays-de-la-Loire  
Pôle Mayenne  
*Dir. Christel Fouache*  
90, avenue Chanzy  
53000 Laval  
Tél.: 02.43.53.46.73  
Fax: 02.43.49.20.72  
Mél: ireps53@irepspd.lor

## 54 MEURTHE-ET-MOSELLE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

## 55 MEUSE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

## 56 MORBIHAN

*Pdt Marie-Odile Barbier*  
Zone tertiaire de Kerfontaine  
Rue Loïc Caradec  
56400 Pluneret  
Tél.: 02.97.29.15.15  
Fax: 02.97.29.16.50  
Mél: codes.56@wanadoo.fr

## 57 MOSELLE

Ireps Lorraine  
Site de Metz  
*Pdt Jeanne Meyer*  
*Dir. Olivier Aromatario*  
20, rue Gambetta  
BP 30273  
57006 Metz Cedex 1  
Tél.: 03.87.68.01.02  
Fax: 03.87.68.11.89  
Mél: contact.metz@ireps-lorraine.fr

## 58 NIEVRE

*Pdt Dr Thierry Lemoine*  
Résidence Blaise-Pascal  
3 bis, rue Lamartine  
58000 Nevers  
Tél.: 03.86.59.35.19  
Fax: 03.86.61.57.18  
Mél: codes58@wanadoo.fr

## 59 NORD

S'adresser à l'Ireps  
Nord-Pas-de-Calais

## 60 OISE

*Pdt Alfred Lorriaux*  
11, rue Jean-Monet  
Parc d'activité « Le Chiène bleu »  
60000 Beauvais  
Tél.: 03.44.10.51.90  
Fax: 03.44.10.00.90  
Mél: oise@crepsicardie.org

## 61 ORNE

*Pdt Pierre Chastrusse*  
14, rue du Cygne  
61000 Alençon  
Tél.: 02.33.82.77.70  
Fax: 02.33.82.77.71  
Mél: codes61@wanadoo.fr

## 62 PAS-DE-CALAIS

*Pdt Gérard Pezé*  
*Dir. Virginie Tintinger*  
3, rue des Agaches - BP 80505  
62008 Arras Cedex  
Tél.: 03.21.71.34.44  
Fax: 03.21.51.25.73  
Mél: cdes62@nordnet.fr

## 63 PUY-DE-DOME

Ireps Auvergne  
Antenne Puy-de-Dôme  
*Pdt Marie-Gentile Gardies*  
*Dir. Jean-Philippe Cognet*  
22 bis, impasse Bonnabaud  
63000 Clermont-Ferrand  
Tél./Fax: 04.73.34.35.06  
Mél: ireps63documentation@orange.fr

## 64 PYRENEES-ATLANTIQUES

Ireps Aquitaine  
Antenne Pyrénées-Atlantiques  
*Pdt Pr François Dabis*  
*Dir. Mélanie Rolland*  
15, allée Lamartine  
64000 Pau  
Tél.: 05.59.62.41.01  
Mél: contact64@ireps-aquitaine.fr  
www.educationsante-aquitaine.fr

## 65 HAUTES-PYRENEES

Ireps Midi-Pyrénées  
Antenne Hautes-Pyrénées  
*Pdt Yvon Fau*  
8, place au Bois  
65021 Tarbes Cedex 9  
Tél.: 05.62.51.76.51  
Fax: 05.62.51.76.53  
Mél: antenne65@irepsmp.fr

## 66 PYRENEES ORIENTALES

*Pdt Dr Marie-José Raynaud*  
12, avenue de Prades  
66000 Perpignan  
Tél.: 04.68.61.42.95  
Fax: 04.68.61.02.07  
Mél: codes66.po@wanadoo.fr

## 67 BAS-RHIN

S'adresser à l'Ireps Alsace

## 68 HAUT-RHIN

Ireps Alsace  
Antenne Haut-Rhin  
8, avenue Robert Schuman  
68100 Mulhouse  
Tél.: 03.89.46.59.06  
Fax: 03.89.46.58.52

## 69 RHONE

*Pdt Dr Bruno Dubessy*  
*Dir. Sylvain Jerabek*  
292, rue Vendôme  
69003 Lyon  
Tél.: 04.72.41.66.01  
Fax: 04.72.41.66.02  
Mél: info@adesr.asso.fr  
www.adesr.asso.fr

## 70 HAUTE-SAONE

*Pdt Alain Cusenier*  
*Dir. Michel Jassej*  
4, cours François-Villon  
70000 Vesoul  
Tél.: 03.84.76.16.30  
Fax: 03.84.75.00.77  
Mél: CODES-70@wanadoo.fr

## 71 SAONE-ET-LOIRE

*Pdt Jean-Claude Guillemant*  
17, place des Tulipiers  
71000 Mâcon  
Tél.: 03.85.39.42.75  
Fax: 03.85.39.37.10  
Mél: codes71@wanadoo.fr

## 72 SARTHE

*Pdt Joël Barault*  
*Dir. Laurence Dujardin*  
92/94, rue Molière  
72000 Le Mans  
Tél.: 02.43.50.32.45  
Fax: 02.43.50.32.49

Mél: codes72@ahs-sarthe.asso.fr  
www.codes72.fr

## 73 SAVOIE

*Pdt Gérard Vanzetto*  
306, rue Jules Bocquin  
73000 Chambéry  
Tél.: 04.79.69.43.46  
Fax: 04.79.62.10.22  
Mél: contact@sante-savoie.org  
www.sante-savoie.org

## 74 HAUTE-SAVOIE

*Pdt Marc Rabet*  
*Dir. Magali Chatelin*  
14, avenue de Berthollet  
74000 Annecy  
Tél.: 04.50.45.20.74  
Fax: 04.50.45.34.49  
Mél: ades74@voila.fr

## 76 SEINE-MARITIME

S'adresser à l'Ireps  
Haute-Normandie

## 78 YVELINES

*Pdt Jean-Pierre Couteron*  
*Dir. Isabelle Grouas*  
47, rue du Maréchal-Foch  
78000 Versailles  
Tél.: 01.39.49.58.93  
Fax: 01.39.51.47.48  
Mél: CYES@wanadoo.fr  
www.cyes.info

## 79 DEUX-SEVRES

Ireps Poitou-Charentes  
Antenne Deux-Sèvres  
*Pdt Eric-Pascal Satre*  
10 bis, avenue Bujault  
79000 Niort  
Tél.: 05.49.28.30.25  
Fax: 05.49.24.93.66  
Mél: niort@educationsante-pch.org

## 80 SOMME

S'adresser à l'Ireps Picardie

## 81 TARN

Ireps Midi-Pyrénées Antenne Tarn  
*Pdt Yvon Fau*  
*Dir. Meggie Daubian*  
4, rue Justin-Alibert  
81000 Albi  
Tél.: 05.63.43.25.15  
Fax: 05.63.43.18.08  
Mél: antenne81@irepsmp.fr

## 82 TARN-ET-GARONNE

S'adresser à l'Ireps Midi-Pyrénées  
Mél: antenne82@irepsmp.fr

## 83 VAR

*Pdt Dr Jacques Lachamp*  
*Dir. Christine Madec*  
Immeuble le Verdon  
82, bd Léon-Bourgeois  
83000 Toulon-St-Jean du Var  
Tél.: 04.94.89.47.98  
Fax: 04.94.92.80.98  
Mél: codes.var@wanadoo.fr

## 84 VAUCLUSE

*Pdt Dr Claude Soutif*  
*Dir. Alain Douiller*  
13, rue de la Pépinière  
84000 Avignon  
Tél.: 04.90.81.02.41  
Fax: 04.90.81.06.89  
Mél: accueil@codes84.fr  
www.codes84.fr

## 85 VENDEE

Ireps Pays-de-la-Loire  
Pôle Vendée  
*Dir. Élise Quénecq*  
Maison de la Santé  
CHD Les Oudairies  
Bd Stéphane Moreau  
85925 La Roche-sur-Yon Cedex 9  
Tél.: 02.51.62.14.29  
Fax: 02.51.37.56.34  
Mél: ireps85@irepspd.lor

## 86 VIENNE

S'adresser à l'Ireps  
Poitou-Charentes

## 87 HAUTE-VIENNE

S'adresser à l'Ireps Limousin  
Mél: ireps87@orange.fr

## 88 VOSGES

S'adresser à l'Ireps Lorraine

## 89 YONNE

*Pdt Sylvie Pilois*  
56 bis, avenue Jean-Jaurès  
89000 Auxerre  
Tél.: 03.86.18.83.83  
Fax: 03.86.51.49.89  
Mél: codes89@orange.fr

## 90 TERRITOIRE DE BELFORT

*Pdt Dr Albert Pontes*  
*Dir. Valérie Berton*  
22, rue Gaston-Defferre  
90000 Belfort  
Tél. et fax: 03.84.54.09.32  
Mél: codes90@wanadoo.fr

## 91 ESSONNE

*Pdt Didier Hoeltgen*  
*Dir. Claude Giordamella*  
Immeuble Boréal  
5, place Copernic  
Courcouronnes  
91023 Evry Cedex  
Tél.: 01.60.79.46.46  
Fax: 01.60.79.55.27  
Mél: codes91@orange.fr  
www.codes91.org

## 93 SEINE-SAINT-DENIS

*Pdt Antoine Lazarus*  
*Dir. Laurent Bauer*  
UFR Médecine  
74, rue Marcel-Cachin  
93017 Bobigny Cedex  
Tél. et fax: 01.48.38.77.01  
Mél: codes93@hotmail.com  
www.codes93.org

## 95 VAL-D'OISE

*Pdt Hussein Mobbhari*  
*Dir. Isabelle Beauligne*  
CODESS 95  
2, avenue de la Palette  
BP 10215  
95024 Cergy-Pontoise Cedex  
Tél.: 01.34.25.14.45  
Fax: 01.34.25.14.50  
Mél: codes95@valdoise.fr  
www.codes95.org

## MAYOTTE

*Pdt Ali Ahmed*  
cotes  
Bâtiment du dispensaire  
De M'tsarpéré  
97600 Mamoudzou  
Tél. et fax: 0.269.61.36.04

## SAINT-PIERRE ET MIQUELON

*Pdt Dr Bourdeloux*  
DDASS  
Rue Abbé Pierre-Gervain  
BP 4200  
97500 Saint-Pierre et Miquelon  
Tél.: 0.508.21.93.23

## NOUVELLE-CALÉDONIE

*Dir. Dr Bernard Rouchon*  
Agence sanitaire et sociale  
de la Nouvelle-Calédonie  
16, rue du Général Gallieni  
BP 4  
98851 Nouméa Cedex  
Tél.: 00.687.25.07.60  
Fax: 00.687.25.07.63  
Mél: bernard.rouchon@ass.nc

## POLYNÉSIE FRANÇAISE

*Dir. Dr R. Wonglat*  
Rue des Poilus-Tahtiens  
BP 611 - Papeete  
98601 Tahiti  
Tél.: 00.689.42.30.30  
Fax: 00.689.43.00.74



DESIR  
AVENTURE  
PASSION  
PLAISIR  
SEXE  
EMOTIONS  
AMOUR  
PARTAGE  
TENDRESSE

**Le dépistage fait partie de votre vie sexuelle.  
Faites le test du VIH et des autres IST\*.**

Pour en savoir plus, [www.sida-info-service.org](http://www.sida-info-service.org) ou par téléphone au 0800 840 800  
(24h/24, appel confidentiel, anonyme et gratuit depuis un poste fixe)



1<sup>er</sup> décembre, Journée mondiale de lutte contre le sida