



Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs

Rennes : « Noz'ambule »,
contre l'alcoolisation
excessive

Enquête
sur la santé
des collégiens

La dépression
en France

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

52 pages d'analyses et de témoignages



- actualité, expertise et pratiques
- 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

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Depuis 2010, la revue est disponible gratuitement :

- en version papier sur abonnement pour les lieux collectifs (centres de documentation, CDI, organismes)
- en version électronique, pour tous, sur le site internet www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

- les numéros publiés depuis 2000 en texte intégral
- les index et les sommaires des numéros parus depuis 1999.



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.

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**

<dire@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), **Judith Benrekassa** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Annick Gardies** (Inpes), **Zoé Héritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (Université Bordeaux-Segalen), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (Inpes), **Colette Menard** (Inpes), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**

Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)

N°ISSN : 0151 1998

Dépôt légal : 3^e trimestre 2012

Tirage : 7000 exemplaires

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

► ENQUÊTES

Noz'ambule : une équipe de nuit pour prévenir l'alcoolisation excessive à Rennes

Françoise Mounier-Vogeli,
Dominique Dubois 4

Enquête sur la santé des collégiens en France

Emmanuelle Godeau, Mariane Sentenac,
Virginie Ehlinger, Catherine Arnaud,
Félix Navarro, François Beck 7

Dossier

Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs

Introduction

Éric Le Grand, Jean-Christophe Azorin... 10

Santé des jeunes. L'éducation par les pairs : définition et enjeux

Éric Le Grand 12

L'éducation par les pairs : attentes et limites

François Chobeaux 15

Place de l'éducation par les pairs dans la santé des jeunes

Yves Géry 17

Québec : l'intervention par les pairs investit la promotion de la santé

Bellot Céline, Jacinthe Rivard 18

Mission locale de Beaune : des jeunes sensibilisés par leurs pairs sur la santé

Béatrice Bourgeois, Marie Clerc,
Marion Noirot, Béatrice Certain,
Barbara Clerc 20

Des « correspondants santé » dans les lycées des Côtes-d'Armor

Daniel Merrien, Svetlana Riverain 22

Une expérience européenne d'éducation par les pairs auprès d'adolescents

Karin Delrieu, Adeline Priez 23

Une expérience de « peer education » en Suisse italienne

Fulvio Poletti, Laura Bertini 25

Face à l'éducation par les pairs, quel positionnement pour les adultes référents ?

Jean-Christophe Azorin, Lorène Burcheri,
Marie Lhosmot 27

« Sans clope, je suis au top ! » : quand l'éducation par les pairs fait un tabac

Marie-Ève Huteau, Adrien Granier,
Aude Arino, Christine Davy-Aubertin,
Christian Bénézis,
Anne Stoebner-Delbarre 30

Quelles méthodes pour l'évaluation des projets d'éducation à la santé par les pairs ?

Alexia Pretari, Mathieu Valdenaire 32

Paroles de pairs : « Je me sens utile, mieux dans ma peau »

Éric Le Grand 34

Haute-Normandie : un programme d'éducation par les pairs au banc d'essai

Catalin Nache 35

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet 37

► LA SANTÉ À L'ÉCOLE

Éducation à la santé en milieu scolaire : enquête franco-québécoise

Caroline Bizzoni-Prévieux, Corinne Mérini,
Didier Jourdan 40

► ENQUÊTE

La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population

François Beck, Romain Guignard 43

► CINÉSANTÉ

À perdre la raison

Michel Condé 46

► LECTURES

Olivier Delmer, Céline Deroche,
Sandra Kerzanet, Valérie Verdier 49



Illustrations : Gaëlle Maisonneuve
<http://gaellegraphiste.blogspot.com>

Noz'ambule : une équipe de nuit pour prévenir l'alcoolisation excessive à Rennes

À Rennes, le dispositif Noz'ambule de prévention de l'alcoolisation des jeunes dans la rue a été mis en place en 2008. Des intervenants vont à la rencontre des jeunes dans le centre-ville, le soir et la nuit, et font passer des messages de prévention. Noz'ambule vient de faire l'objet d'une évaluation. En voici les premiers résultats.

Rennes est une ville jeune : un habitant sur deux a moins de 30 ans et on compte 60 000 étudiants pour 220 000 habitants. Les jeudis et vendredis soir, le centre-ville rassemble de nombreux jeunes qui se retrouvent et s'installent pour « faire la fête ». Dans un faible périmètre, un ensemble de places et de squares relié par des rues piétonnes favorise une circulation sans entrave. Ces rassemblements s'accompagnent d'une alcoolisation affichée qui peut entraîner chez certains des comportements d'incivilité. Après une période de heurts liés à la présence renforcée des forces de l'ordre, la municipalité a souhaité impulser une politique alternative. Un plan global de prévention en direction de la jeunesse a ainsi été mis en place avec, notamment, la création en 2008 du dispositif Noz'ambule. Pour l'équipe municipale, il s'agissait de prévenir les conduites à risque chez les jeunes occupant le soir/la nuit l'espace public, tout en favorisant la tranquillité du centre-ville.

Prévenir les comportements à risque

Le dispositif Noz'ambule vise principalement à prévenir et réduire les comportements à risque lors des pratiques festives informelles des jeunes dans l'espace public. D'autres objectifs viennent en complément : favoriser la complémentarité entre les acteurs des nuits rennaises (forces de l'ordre, service départemental d'incendie et de secours (SDIS), éducateurs de rue et transports urbains), permettre une meilleure identification de Noz'ambule, améliorer les connaissances de la ville sur les pratiques festives en centre-ville et contri-

buer par des propositions à améliorer la gestion de l'espace public.

Évaluation du dispositif

Le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ) a commandité une évaluation du dispositif afin, d'une part, de vérifier si les actions mises en œuvre permettaient d'atteindre les résultats attendus, et, d'autre part, de mieux connaître les effets sur les publics cibles.

Un groupe d'enquêteurs est allé à la rencontre des jeunes lors des soirées d'intervention de Noz'ambule et a mené trois cent quatre entretiens semi-directifs en face-à-face. Des entretiens ont également eu lieu avec les élus et les agents publics de la ville et de la préfecture, les acteurs des nuits rennaises¹ ainsi qu'avec les riverains et des débitants de boissons².

L'évaluation des effets d'un tel dispositif est limitée par trois facteurs : l'action de prévention n'est pas immédiatement mesurable sur un public qui n'est pas captif. Nous avons néanmoins pu observer que certains messages ont touché le public. De plus, bien que les intervenants s'attachent à faire passer des messages, leur discours n'est pas systématique : il est adapté aux préoccupations du public. Il n'y a pas de discours « estampillé Noz'ambule » qui puisse être interrogé. Enfin, il est difficile d'isoler les effets des messages délivrés par le dispositif parmi les nombreuses et diverses sources d'information à destination des jeunes.

Un dispositif innovant

Noz'ambule est doublement innovant³ au niveau local : par sa présence dans l'espace public en période noc-

turne et par l'instauration d'une prévention par les pairs combinée à une équipe de professionnels.

L'action se décline en deux volets. En première partie de soirée, de 17 h 00 à 22 h 30, les intervenants sont des étudiants salariés formés par La Mutuelle des étudiants (LMDE). La prévention a donc lieu par les pairs. Les intervenants débutent leur soirée à la sortie d'un lycée où ils installent une table sur laquelle ils disposent du matériel de prévention routière destiné à tester les réflexes lorsque l'on est en état d'ébriété. Plus tard, trois binômes arpentent la ville à la rencontre des groupes de jeunes dans leurs lieux de rassemblement privilégiés.

En seconde partie de soirée, de 22 h 00 à 2 h 00, cinq intervenants prennent le relais avec un objectif de prévention et de réduction des risques. Ce sont des professionnels de l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (Anpaa) auxquels se joignent ponctuellement des partenaires du champ social et de la santé. Ils se tiennent autour d'une camionnette et effectuent aussi quelques déambulations. Ce sont les jeunes qui viennent à eux. La présence d'infirmières dans l'équipe permet, le cas échéant, la prise en charge de jeunes en difficulté. Le discours se veut non culpabilisant et non moralisateur.

Les résultats de l'enquête

L'évaluation du dispositif Noz'ambule a été conduite par le Centre d'information régional sur les drogues et dépendances (Cirdd) de Bretagne. Il en

ressort que les jeunes qui sont dans la rue les jeudis et vendredis soir sont majoritairement des lycéens et des étudiants. Ils sont là avant tout par choix : pour retrouver leurs amis (34 %), « faire la fête » (14 %) et décompresser (9 %). Les deux tiers d'entre eux sortent moins d'une fois par semaine. La consommation d'alcool est surtout festive (56 %). Bien que des jeunes circulent souvent en état d'ébriété, la rue n'est pas le lieu principal de la surconsommation qui se déroule plutôt dans les espaces privés. Les bars sont rarement des lieux de surconsommation, mais ils reçoivent, en cours de soirée, un public fortement alcoolisé.

En effet, au moment où nous avons interrogé les jeunes, 72 % avaient consommé de l'alcool, 7 % d'entre eux avaient consommé six verres et plus. Parmi ceux qui avaient consommé de l'alcool dans un espace privé, 12 % avaient surconsommé alors que ce pourcentage est de 8 % dans l'espace public et de 2 % dans les bars.

Les thèmes abordés

Pour amorcer le dialogue avec les jeunes qu'ils rencontrent, les intervenants commencent toujours par présenter le dispositif. Les échanges portent principalement sur l'alcoolisation, les habitudes de consommation et la sexualité. D'autres sujets sont parfois spontanément abordés tels que le logement, les études, le travail, l'insertion, etc. C'est parfois l'occasion pour les jeunes d'aborder des questions plus personnelles. En support des entretiens, les intervenants distribuent du matériel de prévention (éthylotests, préservatifs, brassards réfléchissants, stéribox, etc.).

L'adhésion des jeunes

L'évaluation montre que 60 % des jeunes interrogés connaissent l'existence de Noz'ambule, mais ils en donnent une appréciation peu précise. Parmi eux, 80 % sont satisfaits : c'est le bon moment et le bon endroit pour intervenir, le dispositif s'adresse au bon public. Les « plus âgés » considèrent parfois que ce type de message s'adresse plutôt aux plus jeunes.

À la sortie des lycées, certains jeunes s'approchent par curiosité mais la plupart n'entrent pas en contact avec les intervenants qui considèrent que la sor-



© Caroline Ablain

tie des cours n'est peut-être pas le moment idéal pour nouer le dialogue. Les déambulations permettent en revanche d'entrer en contact plus facilement avec les jeunes. Les intervenants vont vers eux et les abordent en adaptant leur discours à la situation. Ils sont en général bien accueillis.

En deuxième partie de soirée, ce sont les jeunes qui viennent vers les intervenants. La camionnette suscite parfois la curiosité. La facilité d'obtention d'outils de prévention, principalement des éthylotests et des préservatifs, et la présence du dispositif dans un espace informel sont deux facteurs d'attraction. D'ailleurs, ces outils sont un moyen efficace d'entrer en contact avec le public et de dispenser les messages de prévention et de réduction des risques avec bienveillance.

Les jeunes sont plus sensibles à la pertinence du propos qu'à la modalité d'intervention. En effet, s'entretenir avec intervenants pairs ou professionnels n'est pas un facteur déterminant pour les jeunes et ne semble pas avoir d'influence sur l'appropriation des messages de prévention. Le dispositif permet *de facto* d'accéder au public jeune dans l'espace public : le contact est spontané, les jeunes n'ont pas de démarche particulière à effectuer pour obtenir du matériel de prévention ni pour échanger.

Que retiennent les jeunes ?

Spontanément, les jeunes qui ont été en contact avec Noz'ambule se souviennent principalement avoir reçu des informations sur : la consommation d'alcool et la réduction des risques liés à cette consommation (31 %), les outils de prévention (19 %), le déroulement de la soirée (7 %), la sexualité (7 %).

D'après les jeunes que nous avons questionnés, les messages les plus fréquemment abordés par les intervenants sont les suivants :

- la manière de limiter les effets négatifs sur le corps de la consommation excessive d'alcool ;
- les conséquences sur la sexualité d'une forte consommation d'alcool ou de drogue ;
- les risques liés à une consommation fréquente et importante d'alcool ou de drogue durant les soirées ;
- le rapport entre le taux d'alcoolémie et la sensation d'ivresse ;
- les problèmes liés aux rassemblements festifs dans l'espace public ;
- l'aide à apporter à un ami qui va mal lors d'une soirée ;
- les conditions d'utilisation d'un éthylotest pour un résultat fiable ;
- les lieux d'accueil, d'écoute, sur la santé, la sexualité, les consommations.

Parmi les messages dispensés par Noz'ambule, l'hydratation est celui qui a

été retenu par 75 % des jeunes qui se souviennent avoir abordé la question de la limitation des effets négatifs de l'alcool sur le corps. De fait, ce message avait fait l'objet d'une action ciblée dès les débuts de la mise en place du dispositif : des bouteilles d'eau avaient été massivement distribuées, accompagnées de messages de prévention relatifs à l'hydratation. L'aide à apporter à un ami qui va mal et les risques d'une consommation fréquente sont les autres thèmes qui ont retenu le plus d'attention.

À l'issue de trois années d'existence, le dispositif est identifié par les acteurs de la nuit grâce aux réunions institutionnelles auxquelles ils participent. Par ailleurs, les intervenants de Noz'ambule ont noué des liens privilégiés avec les éducateurs de rue et le SDIS avec lesquels des rencontres ont lieu pour mieux appréhender les pratiques et les rôles de chacun.

Dans l'ensemble, ce dispositif est apprécié, mais son action est mal connue. Chacun y reporte ses propres attentes : la tranquillité publique, la prise en charge des personnes alcoolisées, la santé des jeunes. La présence du dispositif dans l'espace public laisse croire qu'il peut solutionner les problèmes que chacun voudrait voir résolus.

Les nuisances liées aux rassemblements des jeunes et la question de l'ordre public constituent une préoccupation pour l'ensemble des publics interrogés alors que le dispositif ne vise pas directement la résolution de ce problème.

Conclusion

Noz'ambule touche son public du fait même de sa présence dans la rue la nuit. L'accès au matériel de prévention est un facteur d'attraction des jeunes vers un dispositif qu'ils semblent apprécier. Mais il reste difficile de mesurer totalement les effets sur le plan de la prévention. Toutefois, les messages ciblés – comme celui de l'hydratation qui a fait l'objet d'une action particulière – retiennent l'attention du public visé. Ainsi, la diffusion de messages positifs et répétés a plus d'impact qu'un discours général sur l'alcoolisation. Le dispositif apparaît également plus pertinent pour diffuser un message de réduction des risques.

Le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse est attentif à la transférabilité du dispositif dans d'autres villes/communes. Il conviendra alors de l'adapter dans ses aspects opérationnels à des configurations urbanistiques différentes, principalement liées à l'étendue du périmètre des rassemblements.

Pour rendre l'action efficace, mesurable et lisible, ses objectifs doivent tendre vers l'accomplissement d'une mission principale bien définie. Il importe de clarifier ce que l'on attend d'un tel dispositif.

Les résultats de l'évaluation ont été présentés aux représentants de l'équipe municipale. La réduction des comportements à risques des jeunes reste l'objectif principal du dispositif, même si la question de la tranquillité publique a été soulevée et demeure une préoccupation. Une campagne de communication conjointe Ville/État est d'ailleurs en préparation.

Françoise Mounier-Vogeli

Consultante,

Dominique Dubois

Chargé de mission,

AIRDDS – Cirdd Bretagne, Rennes.

1. Acteurs des nuits rennaises : deux éducateurs de la prévention spécialisée, deux responsables des forces de l'ordre, trois membres du SDIS, un responsable du service de transport urbain et péri-urbain.

Décideurs : trois élus de la ville en charge respectivement de la médiation, de la jeunesse et de la santé, trois agents publics des services de la prévention de la délinquance, la jeunesse et la santé, un membre du cabinet de la préfecture chargé de la coordination prévention de la délinquance, vingt et un débitants de boissons réputés recevoir une clientèle jeune dans l'hyper-centre rennais.

2. Une réunion de quartier dédiée à l'évaluation du dispositif en présence de dix-huit habitants du quartier centre ainsi qu'un entretien avec deux représentants d'associations de quartier.

3. Un dispositif similaire préexistait à Nantes avec des professionnels uniquement.

Pour en savoir plus

Rapport d'évaluation complet et téléchargeable sur le site du Cirdd Bretagne : <http://www.cirdd-bretagne.fr/fileadmin/documents/documentation/Evaluation-Nozmabule-CIRDD-2011.pdf>

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 281 septembre 2012

Initiatives

Voyons large, une campagne de sensibilisation aux discriminations liées au surpoids

Patrick Trefois, Patrick Charlier et Sadrine Pequet

Une (belle) histoire d'armoire

Muriel Durant

Locale

Assu-Études, une enquête menée dans l'enseignement secondaire bruxellois

Colette Barbier

Lu pour vous

Nous ne sommes pas coupables d'être malades !

Myriam Dieleman

Vu pour vous

Corps étranger, le corps et l'esprit réconciliés

Simon Trappeniers

Le coup de cœur d'Éducation Santé au Festival ImagéSanté 2012

Une page Facebook pour Éducation Santé

Propos de Carole Feulien et Simon Trappeniers recueillis par Christian De Bock

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.

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>

Enquête sur la **santé** des **collégiens** en France

Tous les quatre ans, l'enquête HBSC est réalisée auprès des collégiens de quarante et un pays dont la France. L'enquête 2010 vient d'être publiée et confirme la montée en puissance de l'utilisation des nouvelles technologies par les adolescents. Si celles-ci n'altèrent pas forcément l'intégration sociale, elles grignotent dangereusement le temps de sommeil, en particulier chez les élèves de troisième. Au rayon des surprises, les deux tiers des collégiens portent un regard positif sur leur scolarité et la même proportion pratique un sport en dehors de l'école.

Depuis 1994, tous les quatre ans, l'enquête HBSC¹ donne une photographie de la santé, du vécu scolaire, des contextes de vie (famille, école, amis) et des comportements favorables ou néfastes à la santé des jeunes scolarisés de 11 à 15 ans. En 2010, quarante et une nations, essentiellement européennes, ont collecté des données de manière standardisée à l'aide de plus de quatre-vingts questions sur la santé et le bien-être, la nutrition, la consommation de substances addictogènes, la santé sexuelle, les violences et blessures, les loisirs, la famille, les amis, l'environnement scolaire et les conditions socio-économiques de vie (1). En outre, en 2010 en France, ont été ajoutées des questions sur les styles éducatifs parentaux, les handicaps et les maladies chroniques, ainsi que le sommeil.

Environ douze mille élèves ont été concernés du CM2 à la seconde, dans près de trois cent cinquante établissements publics et privés de France métropolitaine².

Conduite sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au plan international, l'enquête HBSC est coordonnée, en France, par le service médical du rectorat de Toulouse, en partenariat avec l'UMR 1027 Inserm/université Paul-Sabatier et l'association pour le développement d'HBSC. Elle est soutenue, depuis toujours, par le ministère de l'Éducation nationale (Dgesc et DEPP), l'Observatoire français des toxicomanies (OFDT) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Dix-neuf auteurs ont participé à la rédaction du rapport qui vient d'être

publié par l'Inpes, sous la coordination des docteurs Emmanuelle Godeau, Félix Navarro et Catherine Arnaud (2). Seules trois des thématiques développées dans les quinze chapitres de l'ouvrage seront abordées ici.

La place grandissante des technologies de l'information

L'enquête 2010 vient donc d'être publiée en septembre 2012. Premier constat : l'utilisation croissante des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) – Internet et téléphones portables – par des adolescents qui ont grandi avec les réseaux sociaux (Twitter, Facebook, etc.).

La communication électronique quotidienne avec les amis double entre la 6^e et la 3^e (passant de 22 % chez les garçons et 31 % chez les filles à 46 % et 65 %). Pour autant, loin des craintes des adultes, l'utilisation de modes indirects de communication n'a pas entraîné de repli massif exclusif des adolescents sur leur écran. Bien au contraire, plus de 93 % d'entre eux ont au moins trois véritables amis, en augmentation depuis 2006 ; et les garçons ont féminisé leur réseau amical. Il est vraisemblable que les échanges *via* les réseaux ou le Net aient joué un rôle positif en permettant aux jeunes de s'affranchir, du moins en partie, des jugements stéréotypés et des clichés dominant au collège.

L'usage de ces technologies a produit un autre effet sur les habitudes sociales des collégiens : la diminution du nombre de leurs sorties pourtant déjà rares. Ainsi, en 2010, 10 % des gar-



çons de 11 ans sortaient quatre soirs ou plus par semaine avec leurs amis alors qu'ils étaient 14 % en 2006, tendance qui se retrouve chez les garçons et filles de 13 ans. Les TIC permettraient ainsi de concilier des exigences familiales et amicales souvent contradictoires à cet âge (3).

Cependant, l'équilibre ainsi trouvé se fait au détriment du temps de sommeil. Contrairement aux collégiens qui lisent avant de s'endormir et qui ont un temps de sommeil satisfaisant (8h52 *vs* 8h28 pour l'ensemble des autres), ceux qui utilisent un ordinateur le soir dans leur chambre dorment moins (8h06), et ceux qui disposent d'un téléphone portable équipé d'Internet encore moins (7h59). Or, si les seuils sont encore discutés, les spécialistes considèrent qu'au cours de la croissance, le

temps de sommeil ne doit pas être inférieur à neuf heures par jour et, qu'en tout cas, des nuits de sept heures ou moins ont des effets délétères à court (équilibres physique et psychologique, apprentissages, etc.) comme à plus long terme (dépression, etc.). Une telle situation alarmante de privation de sommeil est vécue, en semaine, par 21 % des élèves de 3^e (4).

À 5 ans, la télé dans sa chambre

L'utilisation des divers appareils électroniques et audiovisuels disponibles dans la chambre des ados entre donc en compétition avec le sommeil. Jeunes et parents doivent apprendre à gérer cette nouvelle donnée. Ceci nécessiterait la mise au point de messages de prévention spécifiques destinés à ces deux populations. Cependant, les habitudes concernant le sommeil – et, certainement aussi, celles concernant l'usage, par un enfant seul, dans sa chambre, de la télévision ou d'autres appareils électroniques – se contractent très jeune. Or, les médecins et les infirmières scolaires font de plus en plus souvent le constat de la présence de ces appareils dans les chambres d'enfant lors du bilan de grande section de maternelle, c'est-à-dire à 5 ans ! C'est pourquoi, sur ce thème qui mériterait largement la mise en place d'un programme de santé publique tant ses conséquences sont lourdes, les parents pourraient être incités à favoriser la durée et la qualité du sommeil de leurs enfants dès le plus jeune âge, en tout cas tant qu'ils peuvent encore assez facilement et directement gérer le temps de leurs enfants, sans attendre que les bouleversements et les conflits de l'adolescence rendent cette tâche « mission impossible ».

Par ailleurs, Internet et plus particulièrement les réseaux sociaux suscitent l'inquiétude de nombreux parents qui redoutent un impact négatif sur la vie sexuelle des jeunes (pornographie, falsification de profils, etc.). Or, en 2010, avec 11 % des élèves de 4^e et 24 % des élèves de 3^e déclarant avoir déjà eu des rapports sexuels, on ne note aucune tendance à l'augmentation par référence à ces dernières années (5). L'âge moyen du premier rapport, en France, n'a pas évolué (6) et, globalement, les jeunes gardent une bonne impression de leur « première

fois » ; cependant, 2 % « n'en avaient pas envie quand c'est arrivé » et 14 % auraient préféré des premiers rapports plus tardifs (les filles plus que les garçons et les élèves de 4^e plus que ceux de 3^e). Ainsi, loin de se montrer alarmistes – au risque d'être contre-productifs – et sans oublier qu'il peut exister des cas d'espèce, les adultes plutôt que de se focaliser sur les « dangers d'Internet » devraient accroître leur temps de dialogue avec les primo-adolescents afin de les mettre en situation de choisir sans pression et sans contrainte le moment de leurs premiers rapports, de leur permettre de les retarder s'ils ne se sentent pas réellement prêts, sans toutefois stigmatiser la minorité d'élèves précoces pour lesquels il faut au contraire s'assurer qu'ils aient intégré les informations utiles concernant la contraception et la protection contre les IST. Or, depuis 2006, on note une petite augmentation des élèves de 15 ans indiquant n'avoir utilisé aucune contraception lors de leur dernier rapport (de 7 % à 10 %), même si les élèves de France utilisent beaucoup les préservatifs comparés aux autres participants à l'enquête HBSC.

L'impact du PNNS sur les habitudes alimentaires

Depuis 2001, à travers le Programme national nutrition-santé (PNNS), les pouvoirs publics agissent en faveur de la promotion d'une alimentation favorable à la santé. L'enquête HBSC apporte un éclairage sur le suivi de certains repères nutritionnels du PNNS. Entre 2006 et 2010, les consommations quotidiennes de fruits et de légumes ont augmenté chez nos collégiens (respectivement de 31 à 39 % et de 42 à 45 %), ce qui les place dans le haut du palmarès international. Dans le même temps, la consommation quotidienne de sucreries a baissé, passant de 28 % à 24 %, celle de boissons sucrées, rapportée par environ un quart des jeunes, n'ayant pas bougé. Résultats cohérents avec ceux du dernier *Baromètre santé nutrition* (7).

Tous les matins, 58 % des collégiens prennent un petit déjeuner, les garçons plus que les filles (63 % vs 54 %), proportion identique à celle de 2006. Ce taux relativement faible pourrait s'expliquer par le manque de temps et le lever précoce les jours d'école, ou par le stress lié à la scolarité, puisque le

week-end, plus de 80 % des jeunes petit-déjeunent. Comparés à leurs camarades qui sautent au moins un petit déjeuner dans la semaine, les adolescents qui petit-déjeunent quotidiennement présentent de meilleures habitudes alimentaires et sont moins sujets au surpoids (9 % vs 13 %).

Perception négative de leur corps

Les filles ont généralement de meilleures habitudes alimentaires que les garçons. Toutefois, elles ont bien plus souvent une perception négative de leur corps – sans doute en raison des normes esthétiques qui pèsent plus fortement sur elles – et cela d'autant qu'elles avancent en âge : 42 % des adolescentes de 3^e se jugent « un peu » ou « beaucoup » trop grosses (31 % en 6^e), alors que cette perception reste stable chez les garçons. En outre, parmi celles qui présentent une corpulence normale ou insuffisante (selon leurs poids et taille déclarés), 31 % se trouvent « un peu » trop grosses (deux fois plus que les garçons). De même, parmi les 30 % d'élèves qui déclarent faire un régime ou avoir besoin de perdre du poids, 23 % déclarent un poids normal ou insuffisant. Les filles sont deux fois plus concernées que les garçons par cette discordance (31 % vs 16 %). Ainsi, en matière de contrôle du poids, l'insatisfaction corporelle apparaît déterminante. Ces perceptions sont à rapprocher des 5 % de collégiens interrogés qui sont en insuffisance pondérale et des 11 % en surpoids (obésité incluse), situant la France parmi les pays dont ces derniers taux sont les plus faibles (ainsi qu'en 2006).

Au total, si on enregistre une évolution positive pour ce qui est des consommations de fruits et légumes, il ressort que, pour aller plus loin, tout un travail d'éducation serait à faire autour de l'image corporelle. À l'adolescence, « où tout change », les évolutions physiques apparaissent en effet souvent centrales aux principaux intéressés qui n'ont souvent comme références que celles véhiculées par les médias.

À ces considérations générales doit être ajouté un « paradoxe français » : nos collégiens se classent à la fois parmi ceux qui, en Europe, ont le moins d'activité physique et le plus d'activité sportive. L'activité physique quotidienne

demeure largement insuffisante puisque seuls 31 % des collégiens répondent aux standards recommandés à cet âge, les garçons étant plus actifs que les filles (39 % vs 22 %)³ chez lesquelles l'activité physique diminue avec l'âge. En revanche, 63 % des collégiens pratiquent un sport quotidiennement ou plusieurs fois par semaine en dehors de l'école.

La tâche difficile du collège

Globalement, plus des deux tiers des collégiens portent un regard positif sur leur scolarité, proportion en augmentation depuis la précédente enquête, notamment chez les élèves de 15 ans (+11 points entre 2006 et 2011). Cette perception se dégrade avec l'avancée dans la scolarité. En 6^e, 77 % des garçons et 85 % des filles affirment aimer l'école, mais en 3^e, ils ne sont plus que 54 % et 64 % dans ce cas. Le passage au lycée constitue une rupture positive, puisque les élèves de seconde ont une appréciation plus positive de l'école par rapport à ceux de 3^e (y compris quand les effets de l'âge et du redoublement sont neutralisés). Cette différence doit être nuancée par le fait que les élèves qui accèdent au lycée sont ceux qui ont les meilleurs résultats, ce qui contribue assurément à leur faire aimer l'école.

Toutefois, le collège s'avère être le niveau scolaire le moins apprécié des jeunes, puisque de manière symétrique à ce que l'on observe pour le lycée, les élèves de CM2 aiment bien plus l'école que leurs homologues de 6^e. Ce constat est valable aussi dans les autres pays

(8), mais la France se caractérise par une altération plus marquée entre 11 et 13 ans. Les raisons de ce « désamour » sont évidemment nombreuses, l'entrée dans la puberté et les questionnements de l'adolescence y participent, mais les différences observées entre les pays participants interrogent sur l'autre grande cause possible : l'organisation du système scolaire. Un point en particulier nous semble éclairant, le redoublement, longtemps spécificité française. Or, redoubler altère nettement la perception de l'école. Ainsi, 22 % des élèves qui ont redoublé au moins une fois dans leur vie n'aiment « pas du tout » l'école (pour 10 % des non-redoublants). Les systèmes éducatifs qui ne connaissent pas le redoublement semblent moins affectés par la chute de cet indicateur dont les conséquences en termes d'absentéisme, de déscolarisation chronique et finalement de difficultés d'insertion sociale mériteraient d'être plus finement appréciées.

Ainsi, l'enquête HBSC, par la variété des thématiques qu'elle aborde et la possibilité de les croiser et d'en analyser les déterminants et les contextes, offre de nombreuses pistes pour les acteurs de terrain, et plus largement les éducateurs, parents compris. En outre, pouvoir suivre des évolutions dans le temps et se comparer avec des pays voisins apporte un éclairage complémentaire sur l'impact des plans et des programmes de prévention et de promotion pour la santé. Le choix de centrer la version 2010 de l'enquête sur le

collège et d'en présenter les résultats par classe offre la possibilité d'ajuster finement les interventions en milieu scolaire. Enfin, c'est parce qu'elle repose directement sur les perceptions et le vécu des adolescents que l'enquête HBSC apporte des enseignements si riches sur la santé et le bien-être des adultes de demain.

Emmanuelle Godeau^{1,2}

Adjointe du médecin conseiller du recteur pour la santé, la formation et la recherche, responsable de l'enquête HBSC France,

Mariane Sentenac²

Epidémiologiste, chercheur,

Virginie Ehlinger²

Biostatisticienne,

Catherine Arnaud²

Médecin épidémiologiste, maître de conférence en santé publique,

Félix Navarro¹

Médecin de santé publique, médecin conseiller du recteur,

François Beck³

Chef du département

Enquêtes et analyses statistiques.

1. Service médical du rectorat de Toulouse.

2. UMR U1027 Inserm/université Paul-Sabatier, équipe « Épidémiologie périnatale, santé et handicap de l'enfant », Toulouse.

3. Inpes.

1. *Health Behaviour in school-aged children.*

2. Tirage d'un échantillon national métropolitain représentatif des élèves de collège de 11-15 ans effectué par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) (ministère de l'Éducation nationale).

3. Soit une heure d'activité physique (utilitaire ou de mobilité) 5 ou 6 jours par semaine.

► Références bibliographiques

(1) Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., De Looze M., Roberts C., et al. dir. Social determinants of health and wellbeing among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen : WHO, Regional office for Europe. *Health Policy for Children and Adolescents*, 2012, n° 6 : 271 p. En ligne : <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>

(2) Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. *La santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).*

Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf

(3) Metton C. Les usages de l'Internet par les collégiens. Explorer les mondes sociaux depuis le domicile. *Réseaux*, 2004, vol. 22, n° 123 : p. 59-81.

(4) Léger D., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. Findings from the HBSC study on a nationally representative sample of 11 to 15 year old students. *PLoS One* (à paraître).

(5) Maillolchon F. L'initiation sexuelle des jeunes : un parcours relationnel sexuellement différencié. In : Rouyer V., Croity-Belz S., Prêteur Y. *Genre et socialisation de l'enfance à l'âge*

adulte. Expliquer les différences, penser l'égalité. Toulouse : Érès, coll. Questions de société, 2010 : p. 141-150.

(6) Bajos N., Bozon M. dir. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre. Santé.* Paris : La Découverte, coll. Hors collection Social, 2008 : 612 p.

(7) Escalon H., Bossard C., Beck F. *Baromètre santé nutrition 2008.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf

(8) Cornu-Bernot L. Le plaisir et l'ennui à l'école. [Introduction au dossier]. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 2011, n° 57 : p. 39-50. En ligne : www.ciep.fr/ries/introduction-ries-57.pdf

Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs

De nombreux projets de prévention/éducation/promotion de la santé par les pairs fleurissent en France, notamment à destination des jeunes : « Suricates » en Haute-Normandie, « Noz'ambules » à Rennes, les lycéens formés à la prévention du sida à Chalon-sur-Saône, le « Relais santé jeunes » à la mission locale de Beaune, les « correspondants santé » dans les lycées des Côtes d'Armor, des étudiants-relais pour parler du stress à Paris, de jeunes relais dans les milieux festifs, etc. (1-3). La multitude de ces projets incite à clarifier les fondements théoriques et pratiques de cette démarche afin que chaque professionnel en milieu scolaire, en mission locale, à l'université puisse s'en saisir de manière réaliste. Si ce dossier traite de l'éducation par les pairs menée par des jeunes, il convient toutefois de souligner l'existence de nombreuses actions menées auprès d'autres populations : personnes âgées, personnes en situation de prostitution, personnes en situation de précarité, etc.

Faire appel aux compétences des jeunes

Ce dossier s'efforce de répondre à la question suivante : de quoi parle-t-on lorsque l'on évoque l'éducation par les pairs (*peer education* en anglais) ? Selon la définition donnée par le glossaire des termes techniques en santé publique de la Commission européenne, « *cette approche éducationnelle fait appel à des pairs (personne du même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs* ». Il s'agit donc de faire appel aux compétences des jeunes eux-mêmes, pour informer ou aider d'autres jeunes, « leurs pairs ».

La richesse et la diversité des propos tenus dans ce dossier permettent de poser les jalons d'une réflexion sur ce champ d'intervention autour de trois volets : un cadrage théorique (4-6) ; une présentation d'actions en milieu scolaire et mission locale montrant la pertinence et



Illustrations : Gaëlle Maisonneuve

les limites de ce type de projet ; une réflexion sur l'évaluation de la nature de ces actions.

Interroger le positionnement des professionnels

La pertinence d'une démarche éducative de pairs à pairs interpelle le positionnement des adultes-experts-éducateurs. En effet, bien que ce soient des jeunes qui proposent et mettent en œuvre des actions selon leurs aspirations et leurs valeurs, le rôle de l'adulte reste essentiel dans ce type de démarche : il doit accompagner sans imposer, aider sans « faire à la place », motiver ces groupes de jeunes, les rassurer parfois, leur donner un cadre déontologique. L'éducation pour la santé par les pairs apparaît donc comme une démarche exigeante tant pour les

jeunes que pour les adultes. Le risque – futur ? – de l'éducation pour la santé par les pairs résiderait dans le désengagement de l'adulte et/ou la tentation de confier à des jeunes la résolution de problèmes sur lesquels ils ont peu de prises et qui

« Faire appel aux compétences des jeunes eux-mêmes, pour informer ou aider d'autres jeunes, leurs pairs. »

engagent avant tout l'organisation sociale d'une structure éducative, sociale ou culturelle. Les actions d'éducation pour la santé par les pairs doivent être considérées comme des stratégies de prévention complémentaires à tous autres types d'action, notamment celles portant sur l'amélioration de l'environnement immédiat des jeunes. Ainsi, si les jeunes pairs souhaitent par exemple parler d'équilibre alimentaire, il est essentiel que des actions portant sur l'amélioration des repas au restaurant scolaire soient aussi menées par les responsables d'établissement.

Interroger la notion de pairs et d'égalité entre pairs

Programmes de pairs aidants, de pairs-conseils, de pairs facilitateurs, de pairs-soutiens, de pairs-tuteurs, d'assistants, de médiateurs-éducateurs, etc., les désignations sont multiples pour des stratégies éducatives fondées sur l'hypothèse suivante : le public, et les jeunes en particulier, sont plus réceptifs à un message si la sensibilisation est menée par des pairs (7). Ce postulat questionne à la fois la définition de la parité (la notion d'égalité entre pairs et jeunes destinataires de l'information), la qualité de la relation entre pairs, et la cohérence du discours des pairs et de celui des adultes et professionnels référents. En effet, suffit-il d'avoir le même profil économique, social, linguistique et culturel pour mieux se comprendre ? Appartenir à un même groupe défini par l'âge, le sexe, la classe ou tout autre facteur est-il un gage automatique d'empathie et de meilleure communication ? Le vécu d'un jeune, voire une « formation » ou son expérience d'une période difficile (8), lui confèrent-ils une expertise suffisante pour se poser en mentor vis-à-vis d'autres jeunes (9) ?

Il est donc essentiel de se poser ces questions et de réfléchir au préalable aux modalités de sélection des pairs.

Faire confiance à la jeunesse et à la valeur de la jeunesse

Au-delà de la créativité et du dynamisme de ces jeunes investis, l'application de programmes d'éducation pour la santé par les pairs permet, d'une part, de cerner de manière plus fine les aspirations des nouvelles « sociétés adolescentes », leurs besoins et attentes en matière de prévention, et, d'autre part, de dépasser l'image négative trop souvent accolée à la jeunesse et à sa santé. En effet, au travers de ces programmes, les jeunes font souvent preuve non seulement d'un altruisme certain, mais aussi d'un véritable engagement pour faire changer le regard de l'adulte sur la jeunesse et pour adapter des méthodes de prévention jugées parfois stigmatisantes et moralisatrices. Les programmes de prévention par les pairs nous invite donc, par la participation effective des jeunes à la construction et à la mise en œuvre d'actions, à reconnaître la valeur de la jeunesse et à améliorer nos pratiques de prévention. Ce qui n'est pas sans enjeux pour l'avenir de cette génération et de notre société.

Éric Le Grand, Jean-Christophe Azorin

Dossier coordonné par **Éric Le Grand**, consultant en promotion de la santé, et **Jean-Christophe Azorin**, enseignant, Epidaure – Pôle prévention du CRLC Val d'Aurelle, Montpellier.

► Références bibliographiques

- (1) Villet H. dir., Lefebvre A., Frappier M. Les « Suricates » – Projet de formation par les pairs dans le cadre de la prévention du tabagisme chez les jeunes. Évaluation d'impact. Rouen : Cres et ORS Haute-Normandie, 2007 : 96 p. En ligne : www.orshn.fr/NosTravaux/Etudes/rapport-pdf/2007/SURICATES/SURICATES.pdf
- (2) Portal M. Stress, isolement, avenir des étudiants. *La Santé de l'homme*, janvier-février 2010, n° 405 : p. 41-43. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-405.pdf
- (3) Frégaville O. À Chalon-sur-Saône, des lycéens relais formés à la prévention du sida. *La Santé de l'homme*, janvier-février 2008, n° 393 : p. 6-7. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-393.pdf
- (4) Minervi M.-J. dir. *Approche par les pairs et santé des adolescents. Séminaire international francophone*. Besançon, 5-7 décembre 1994.

- Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : 222 p.
- (5) Schoene M. Le rôle des pairs dans la santé des adolescents. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2006, n° 384 : p. 32-33. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-384.pdf
 - (6) Inpes. Les journées de la prévention 2006. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2006.asp>
 - (7) Circle. *Best Practices in Preventing and Eliminating Child Labor through Education*. Winrock international, 2008 : 204 p. En ligne : <http://circle.winrock.org/bpcle.cfm>
 - (8) Chobeaux F. La prévention par les pairs : attentes et limites. *Le Courrier des addictions*, 2011, vol. 13, n° 3 : p. 13-14.
 - (9) *Peer Education: Promoting Healthy Behaviors* [Internet]. En ligne : <http://www.advocatesforyouth.org/publications/444?task=view>

Santé des jeunes.

L'éducation par les pairs : définition et enjeux

L'éducation par les pairs en matière de santé connaît actuellement en France un regain d'intérêt. Développée par les pays anglo-saxons au cours des années 1970, et dans les stratégies de lutte contre le sida en France, cette démarche offre une opportunité de repenser la prévention en direction des jeunes. Bref retour sur l'histoire, la définition et l'intérêt de cette méthode « exigeante » qui n'est pas sans questionner notre rapport à la jeunesse et notre regard sur celle-ci.

En 2006, dans un dossier de *La Santé de l'homme* portant sur la promotion de la santé des jeunes, un article intitulé « Le rôle des pairs dans la santé des adolescents » synthétisait les échanges tenus lors d'une session des Journées de la prévention de l'Inpes (1). L'un des intervenants indiquait notamment que « lorsqu'ils sont en difficulté, les jeunes vont essentiellement se confier à des pairs, d'autres jeunes, qui peuvent être des relais avec les adultes, des médiateurs ou des détenteurs d'informations », démontrant ainsi l'intérêt d'une éducation par les pairs « à condition de s'adosser à des professionnels, de suivre une méthodologie et de former les pairs pour garantir leurs compétences » (2).

Depuis cette date, différents projets d'éducation par les pairs ont été mis en œuvre en France, ce qui nous conduit à nous interroger sur cet essor qui est peut-être le reflet :

- de l'échec de la prévention traditionnelle en direction des jeunes, trop souvent fondée sur la seule acquisition de connaissances et provoquant incompréhension (3), saturation de messages et sentiment de stigmatisation au travers d'une accumulation de thématiques – sexualité, alcool, drogues, etc. (4) – qui fait prévaloir, dans certains cas, l'idée d'un jeune « irresponsable », dangereux pour lui-même, voire pour les autres ;

- d'une plus forte intégration, dans la culture de prévention en France, de l'application de l'un des axes de la charte d'Ottawa : « La communauté doit être activement impliquée dans la

recherche de priorités, l'identification des besoins, le choix des stratégies, l'implantation et l'évaluation de la promotion de la santé. » Dès lors, ce renforcement de l'action communautaire ne peut être possible que par le développement de « véritables » démarches participatives impliquant une co-construction et une co-décision entre adultes et adolescents : « Les adultes travaillent avec les adolescents de manière à les assurer que leurs points de vue sont entendus, valorisés et pris en compte » (5).

S'il est difficile d'infirmier ou de confirmer l'une ou l'autre de ces hypothèses faute d'études disponibles, cette éducation par les pairs prend corps et peut, à terme, être une stratégie complémentaire d'actions de prévention.

L'éducation par les pairs : définition (6)

Si l'idée même de « jeunes éduqués par des jeunes » apparaît aujourd'hui comme novatrice en France dans le domaine de la santé, Oliver Taramacaz (7) montre dans le domaine pédagogique que « l'entraide par les pairs a été mise en œuvre dans des contextes, dans des conditions et pour de multiples mobiles... Si l'approche pédagogique par les pairs est considérée comme nouvelle aujourd'hui, elle l'a été siècle après siècle depuis un millénaire. » Ainsi, cet expert retrace un mouvement pédagogique commençant au XVI^e siècle, se prolongeant sous des formes diverses jusqu'au XIX^e siècle, avec notamment le développement de l'enseignement mutuel en

Angleterre, en Suisse et en France, et s'accroissant au XX^e siècle avec le développement des coopératives scolaires, des colonies et des camps de vacances.

Si ce courant pédagogique existe depuis longtemps, son développement dans le champ de la prévention de la santé des jeunes est apparu récemment en France, notamment lors de l'épidémie de sida. L'éducation par les pairs est devenue l'un des moyens les plus adaptés pour transmettre des messages de prévention (*lire l'article de Bruno Spire dans La Santé de l'homme n° 419*). Toutefois, cette éducation pour la santé par les pairs trouve son origine dans de nombreux programmes anglo-saxons dès les années 1970. Ces programmes prenaient acte de l'échec des campagnes de prévention fondées uniquement sur l'apport d'informations, sur la dramatisation des problèmes de santé (notamment en utilisant la peur) utilisés comme levier de changement de comportements. Dès lors, il était plus important d'aider le jeune à résister à la pression du groupe et à développer un certain sens critique par rapport à la réalité qui l'entoure. Cette dynamique s'inscrit dans le cadre du développement des compétences psychosociales, définies par l'OMS en 1993, et mises en œuvre en France aujourd'hui par les acteurs de la prévention dans leurs programmes.

Ainsi, on fait appel au pair (personne du même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information

et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. L'éducation par les pairs est « une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation à la santé traditionnelles ». Cette approche éducationnelle repose sur le fait que « lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, son impact est plus grand que d'autres influences » (8). Voilà la problématique de l'éducation par les pairs posée. Elle se fonde sur différents postulats, faisant le lien avec les caractéristiques de l'adolescence, en termes de socialisation (les jeunes sont souvent des sources d'information pour les autres jeunes de leur âge), de soutien (ils se tournent plus volontiers vers les leurs quand ils ont des problèmes), d'entraide, de phénomène générationnel et de connaissance (les jeunes sont les mieux placés pour reconnaître et comprendre les problèmes de leurs pairs) et d'influence sociale positive pouvant permettre l'adoption de comportements favorables.



C'est donc sur cette question de la proximité d'âge et du postulat – qui peut être contesté – de l'égalité entre les jeunes (du point de vue de l'âge, des valeurs et des comportements : idée de « paritudo ») que se fonde l'éducation par les pairs. Elle s'inscrit dans un questionnement autour de la santé des jeunes au regard des actions de prévention menées par les adultes. Certaines études montrent ainsi que les jeunes ne définissent pas la santé, comme nous, adultes, professionnels, pourrions la définir. Si pour eux la santé est avant tout « une forme physique », elle s'inscrit cependant plus particulièrement dans le domaine de la relation à l'autre, de la joie de vivre, des relations amoureuses. Les questions d'hygiène, de consommation, l'absence de maladie n'interviennent qu'en dernière position dans leur définition de la santé. De fait, ils abordent la santé dans une perspective globale mêlant aspects physiques, sociaux, sentimentaux, et non restreinte à la maladie. Un autre élément important est à prendre en compte : aborder la santé uniquement sous le prisme de « dangers futurs », de « conduites à risques » a une faible incidence sur leur comportement car les jeunes se sentent « invulnérables » (9).

En raison des caractéristiques – sociales et de santé – de l'adolescent

et du jeune, l'éducation par les pairs apparaît donc comme un modèle de « transmission horizontale » d'informations, dont l'efficacité semble supérieure à celle, « verticale », des adultes et des professionnels. L'éducation par les pairs est aussi une éducation entre pairs.

L'efficacité de l'éducation par les pairs

Différentes études (*lire « Pour en savoir plus », p. 37*), dont notamment le rapport de l'Inserm (*lire l'article p. 17*), montrent que les principaux bénéficiaires sont avant tout les pairs eux-mêmes. La mobilisation de groupes de jeunes, l'élaboration collective de projets, la recherche d'informations, l'acquisition de techniques d'animation et de communication, permettent le développement personnel, le renforcement de l'estime de soi et l'amélioration des compétences relationnelles (écoute, communication, ouverture aux autres). Ainsi, les programmes d'éducation par les pairs favorisent, d'une part, l'engagement social des jeunes dans la santé, domaine qui est *a priori* éloigné de leurs préoccupations, et, d'autre part, le développement de leur autonomie (10). L'efficacité de ces programmes repose sur le fait qu'ils sont définis avant tout en termes d'amélioration des relations humaines (aller vers l'autre,

réfléchir ensemble, etc.) de changement de mode de vie (plus de coopération, etc.), et non pas selon un principe d'acquisition de connaissances. De même, ces programmes sont davantage centrés sur les jeunes eux-mêmes, sur leur valeur, plutôt que sur des thèmes de santé abordés par le prisme de l'image réductrice d'eux-mêmes en tant que sujets à risque.

Mais qu'en est-il de l'impact chez les jeunes qui reçoivent cette éducation par les pairs ? Les effets sont plus difficilement mesurables en termes de changements de comportements de santé. Cependant, plusieurs effets positifs peuvent être constatés :

- une écoute et un intérêt plus importants à ce que proposent ces jeunes pairs. En effet, le fait qu'un jeune s'exprime ou mette en œuvre une action (fondée bien souvent sur des aspects ludiques) procure un regain d'intérêt sur les questions de prévention et de santé ;
- une amélioration de l'utilisation par les jeunes des ressources et services (de santé ou autre). L'éducation par les pairs peut, par exemple, mieux faire connaître le rôle de l'infirmière et de l'assistant(e) social(e) dans un établissement scolaire, ou dédramatiser le rôle d'un psychiatre dans un centre médico-psychologique (CMP), et donc renforcer l'accessibilité à

ces services. Du côté des professionnels et des adultes, la littérature scientifique, les expériences et projets menés montrent surtout un changement de regard en direction de la jeunesse et un accroissement des échanges entre adultes et adolescents. Ces pairs apparaissent peu à peu comme des « sas », des passerelles entre le monde adulte et celui des jeunes, entre le monde des enseignants et celui des collégiens-lycéens. Au lycée, ces « groupes de pairs » peuvent prendre une place importante à côté des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et des conseils de la vie lycéenne.

Limites de l'éducation par les pairs

En dépit de ce tableau idyllique, la mise en œuvre de programmes d'éducation par les pairs est une démarche exigeante, tant pour le jeune pair que pour les professionnels référents et concernés. Elle peut bousculer tant les pratiques pédagogiques existantes que les rapports de pouvoir, notamment dans les relations adultes-jeunes (*lire les articles de J.-C. Azorin p. 27 et F. Chobeaux p. 15*).

Du côté du jeune pair, le risque consiste à vivre la prévention comme un acte de « militantisme », en cherchant à convaincre à tout prix les autres pairs du bien-fondé de leur action ; risque aussi, si l'action se déroule en milieu scolaire, d'être considéré comme étant

une performance académique supplémentaire (*lire l'article de F. Poletti et L. Bertini p. 25*). De même, le jeune pair peut éprouver un certain embarras à gérer des « tensions internes », par exemple : « *je parle de tabac, alors que je suis fumeur* » ; « *je parle de préservatif, alors que je n'en ai pas utilisé* » ou bien à vouloir à tout prix aider l'autre dans ses difficultés. Il peut aussi être mis à l'écart de la communauté jeune, du fait de son nouveau rôle, les autres le définissant alors comme un « fayot » ou bien un « bouffon ». Dans toutes ces situations, le rôle de l'adulte est primordial. Il ne doit pas s'effacer du programme ni chercher à infiltrer le « milieu jeune », mais protéger, garantir aux jeunes pairs leur identité, leur permettre de rester eux-mêmes, veiller à ce que leur statut ne les marginalise pas. Les adultes doivent être avant tout « des référents ». Il s'agit donc là d'établir un code déontologique.

Du côté des adultes, le risque d'instrumentalisation des groupes de jeunes pairs peut exister (le fait, par exemple, de leur demander de traiter des thèmes de santé qui *a priori* ne les intéressent pas). Autre risque : vouloir définir les actions à la place des jeunes et refuser de perdre son positionnement d'éducateur pour celui d'accompagnateur. Ce passage est pourtant nécessaire car il permet le développement de l'autonomie des jeunes. Les adultes peuvent

aussi faire face au développement de « l'empowerment » des jeunes, car il est bien rare qu'à partir de programmes d'éducation par les pairs qui se construisent à la base sur des thématiques de santé, d'autres revendications plus larges n'émergent.

Les enjeux ou questions futures de l'éducation par les pairs

Si actuellement une dynamique se crée autour de l'éducation par les pairs, celle-ci perdurera-t-elle et s'inscrira-t-elle durablement comme une « nouvelle » pratique pédagogique complémentaire aux autres stratégies de prévention ? Permettra-t-elle une participation accrue des jeunes à l'élaboration des programmes de santé qui les concernent ? (11). S'il est difficile d'anticiper les réponses, l'éducation à la santé par les pairs pose en fait un enjeu majeur de société : celui de la place, de la valeur, de la confiance et de la reconnaissance sociale que nous souhaitons accorder à la jeunesse aujourd'hui. L'éducation par les pairs, par le développement d'actions au niveau local et par son inscription dans les politiques de santé des jeunes peut constituer un premier pas vers cette reconnaissance et un moyen de réduire la distance entre la société française et sa jeunesse.

Éric Le Grand

Sociologue,
consultant en promotion de la santé.

► Références bibliographiques

(1) Inpes. Les Journées de la prévention 2006. Session 4 : l'éducation pour la santé par les pairs. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2006/jp2006_session_4.pdf

(2) Schoene M. Le rôle des pairs dans la santé des adolescents. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2006, n° 384 : p. 32. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-384.pdf>

(3) Le Pape M.-C. Familles et école : un partenariat éducatif ? La prévention des conduites à risques juvéniles en milieu scolaire vue par les familles. *Agora débats/jeunesses*, 2010, n° 54 : p. 47-59. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-agera-debats-jeunesses-2010-1-page-47.htm>

(4) Peretti-Watel P. Morale, stigmatisation et prévention. La prévention des conduites à risque juvénile. *Agora débats/jeunesses*, 2010, n° 56 : p. 73-85. <http://www.cairn.info/revue-agera-debats-jeunesses-2010-3-page-73.htm>

(5) Health Development Agency (HDA). *Working together: giving children and young people a say. Promoting children and young people's participation*. HDA 2004.

(6) Le Grand É. *Jeunes et conduites à risques ? Prévenir par les pairs*. Conférence donnée dans le cadre des Après'M de l'Observatoire de la protection de l'enfance. Lesneven, 8 avril 2010 : 16 p. En ligne : http://www.odpe.cg29.fr/rubrique/LesAprès'Mde_laprotection_de_l'enfance.

(7) Taramarcas O. L'approche pédagogique par les pairs : perspectives historiques. In : Baudier F., Bonnin F., Michaud C., Minervini M.-J. *Approche par les pairs et santé des adolescents*. Actes du Séminaire international francophone. Besançon, 5-7 décembre 1994. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : p. 31-52.

(8) Glossaire des termes techniques en santé publique de la Commission européenne. En

ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

(9) Bantuelle M., Demeulemeester R. dir. *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : Inpes, 2008 : 132 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1086.pdf>

(10) Le Grand É. Sociologie de l'éducation par les pairs. Quelques réflexions. In : *L'éducation par les pairs : bilan d'une expérience européenne et perspectives*. Actes du congrès. Nice, 9 juin 2011. Mutualité française, Paca, 2011 : p. 22-27.

(11) Pommier J., Laurent-Beq A. Analyse d'une politique régionale de santé des jeunes : l'exemple de la Lorraine. *Santé publique*, 2004, vol. 16, n° 1 : p. 75-93. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-75.htm>

L'éducation par les pairs : attentes et limites

L'éducation par les pairs présente un intérêt indéniable pour l'éducation à la santé des adolescents et des jeunes adultes. Elle a été largement développée et mise en œuvre, notamment par les personnes atteintes du VIH-sida, les usagers de drogues et d'autres groupes : des personnes directement concernées qui sont intervenues en tant que pairs... auprès de leurs pairs. Mais ce n'est pas non plus une recette miracle, et elle ne doit pas provoquer un désengagement des adultes par rapport à leurs responsabilités d'interpellation, d'écoute et de soutien.



L'éducation par les pairs a le vent en poupe. Ce dossier de *La Santé de l'homme*, ainsi qu'une rapide recherche sur Internet (écrire « *peer education* ») montre son actualité. Et comment ne pas y avoir pensé plus tôt ? Les pairs ne sont-ils pas les meilleurs interlocuteurs de leurs pairs, donc les meilleurs vecteurs de bonnes pratiques ? Voici de façon raccourcie le principe qui fonde cette dynamique.

L'analyse ne portera ici que sur deux aspects de la vaste question posée : celui des pairs enfants et adolescents, avec un centrage sur les questions de santé. Ceci parce que l'éducation par les pairs, dans une lecture large, renvoie dans le champ de la santé aux démarches de santé communautaire, dans le champ de l'enseignement aux

pédagogies coopératives, dans le champ de l'animation à l'éducation populaire, dans celui de l'action sociale aux actions dites collectives, coopératives, communautaires. On a connu aussi les « grands frères » et les dérives éducatives et sociales de cette démarche¹. Immenses domaines.

Aux origines : mobilisations communautaires et action humanitaire

Deux sources me semblent identifiables, qui alimentent actuellement nos pratiques éducatives avec des enfants et des adolescents.

La première vient des mobilisations communautaires liées à la prévention de la diffusion du VIH. L'action par des militants homosexuels en milieu homo-

sexuel, l'action par des usagers de drogues en milieu d'usagers, l'action plus récente en milieux festifs liés à la culture techno (Aides, ActUp, Techno Plus, Asud, etc.). Des personnes directement concernées, pensant qu'elles ont un pas d'avance sur la conscience des choses, interviennent en tant que pairs auprès de leurs pairs. Elles présentent tous les signes d'appartenance au milieu, parfois ses marques de maladies, et sont reconnues à ce titre. Leurs discours ne sont pas interdits ; ils se situent dans le large cadre de la réduction des risques, de leur gestion raisonnée.

La seconde source est issue de l'action humanitaire internationale, avec la volonté légitime de soutenir l'émergence de dynamiques collectives et communautaires dans les actions d'urgence humanitaire et d'aide au développement. Une part de ces actions porte sur le développement de compétences de personnes-relais, et parmi celles-ci d'enfants et d'adolescents : la *peer education* est là. On ne discutera pas ici des réalités complexes de ces dynamiques, simplement de leurs bases théoriques.

Être pair : un positionnement difficile et mouvant

Voici alors que s'expérimentent, en France, des actions d'éducation à la santé par les pairs à l'adolescence, appuyées sur ces deux ancrages historiques et pragmatiques. Et voici que la machine à penser s'accélère, prenant pour acquis et évident ce qui ne l'est pas tant que cela. Mon engagement



personnel, professionnel, dans des actions éducatives conduites auprès d'adolescents et de jeunes adultes, ayant à voir avec la santé, croisant les questions de la prévention collective par les pairs, conduit à formuler quelques réserves qui viennent relativiser les aspects peut-être magiques du principe².

Il ressort de ces observations que la mobilisation collective issue de l'influence de quelques-uns ne dure qu'un temps, celui du traitement de la question posée. Il n'y a pas ensuite de continuation, ni de transferts sur d'autres questions. Du moins pas automatiquement. Il en ressort également que l'attention positive à ses pairs n'a rien d'automatique. Plus les situations sont complexes et perçues comme dangereuses, plus elles se réduisent à un « chacun pour soi » dans une illusion auto-protectrice de dernier recours, en dehors des adeptes convaincus d'un avenir meilleur toujours possible à construire ensemble.

Mais, au-delà de ces questions, au fond, il ressort une question centrale sur la notion même de *pairitude*, qui interroge la notion même de pair.

Du pair au passeur : pour un subtil décalage

Le pair est dit ainsi car il est « comme ». Mais s'il est comme, comment peut-il être différent ? Comment se travaille alors le décalage nécessaire

qui le maintient pair sans le faire extérieur ? Quels degrés de similitude sont nécessaires, quels autres sont néfastes, ou en trop, ou en pas assez ?

Et il y a toujours, sous-jacent, le risque du « pair-oquet ». Jeune sympathique, dynamique, prêt à toutes les bonnes actions, il devient le porteur de la parole sensée des adultes et en relaie les bonnes pratiques. Souvent, sa seule pairitude est son âge, et cela y suffit-il ?

Si le pair est totalement comme moi, que peut-il m'apporter ? Mais s'il sait et s'il dit des choses pas comme moi, est-il encore moi ? Est-il alors mon pair ? Et en langage adolescent, s'il me bombarde de bonnes pratiques bien apprises de l'infirmière scolaire, c'est un *bouffon*, pas un pair... mais un « pair-oquet ».

La place du pair serait alors plus un entre-deux entre le message et son destinataire, celle d'un passeur, plus que celle d'un porte-parole. Un « juste comme moi-pas complètement comme moi » qui sait travailler sur ce subtil décalage.

Revenons sur l'âge particulier de l'adolescence. On sait que le groupe, les groupes d'appartenance sont essentiels et que nombre de conformismes juvéniles trouvent là leurs sources, en bien et en moins bien. Il est alors plus pertinent de chercher les moyens d'agir sur les dynamiques internes collectives de ces groupes par l'action éducative que par la tentative d'y introduire des agents modificateurs, alors bien en

peine de savoir qui ils sont. Une solution médiane consiste à identifier non pas les « gentils » volontaires, toujours prêts à relayer la parole adulte, mais les leaders existants, et à les accompagner alors dans leur évolution qui peut être porteuse d'identification pour le groupe. Et revoici l'histoire de Aides, Asud et Techno Plus. Donc procéder plus par une identification de ceux à soutenir que par des offres vers ceux à former.

Responsabilité des adultes et contexte culturel français

Resteront deux questions, l'une éducative et l'autre sociétale et culturelle. Porter attention à l'éducation à la santé par les pairs à l'adolescence ne doit pas décharger les adultes de leurs responsabilités d'interpellation, d'écoute, de soutien. On peut même penser que si des pairs sont actifs, cela donnera encore plus de travail à des adultes attentifs.

Les contextes culturels disent peut-être aussi les limites françaises de la démarche. L'éducation par les pairs telle que nous la connaissons est née dans la culture anglo-saxonne modelée par le protestantisme. Dans ce cadre, l'individu est collectif, et cette collectivité est responsable de ce qu'elle fait car Dieu ne peut pas tout. Alors que la France est principalement de culture catholique, avec en conséquence la construction d'un rapport direct entre la personne et son Créateur, sans une telle importance de la collectivité. S'aligne ici les effets culturels de l'individualisation catholique, la conception de la République mère de tous ses enfants, la construction jacobine de la décision politique, pour rendre plus difficile la promotion de pratiques collectives participatives et émergentes, car chez nous l'éducation par les pairs n'est pas – encore ? – culturelle, elle reste programmatique.

François Chobeaux

Responsable du secteur Jeunesse,
Centres d'entraînement aux méthodes
d'éducation active (Ceméa).

1. Clientélisme, reproduction sexuée des rapports de force, idéologie familialiste, enfermement culturel et ethnique, etc.

2. Chobeaux F. *La prévention par les pairs : attentes et limites*. Le Courrier des addictions, 2011, vol. 13, n° 3 : p. 13-14.

Place de l'éducation par les pairs dans la santé des jeunes

Que disent les études scientifiques sur l'éducation par les pairs ? Une expertise collective de l'Inserm a passé en revue les études scientifiques au niveau international. Elle inscrit cette stratégie comme complémentaire des autres méthodes de prévention traditionnelles.

En France, l'Inserm a publié, en juin 2001, une expertise collective sur le thème : Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. La question de l'éducation par les pairs est traitée dans le chapitre intitulé « À propos des démarches participatives en éducation pour la santé et de quelques supports ». À partir d'analyses d'études scientifiques au niveau international, l'Inserm précise certains points qui gardent – bien que datant de 2001 – toute leur pertinence au regard des articles présents dans ce dossier de *La Santé de l'homme*. L'expertise précise tout d'abord que « Parmi les démarches qui ont tenté de renforcer la position des élèves en tant qu'acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé, les approches par les pairs (...) ne constituent qu'une stratégie complémentaire possible et ne doivent pas se substituer aux services professionnels existants ni dédouaner les adultes de leurs responsabilités ». L'Institut souligne aussi l'intérêt premier des échanges par les pairs : « Les pairs représentent une importante source d'information, de soutien, d'identification, alors que la communication avec les adultes est souvent plus difficile ».

Recommandations

Malgré l'importante hétérogénéité des programmes, l'Inserm n'en dégage pas moins un corpus de constats convergents : « Tous les auteurs s'accordent pour noter qu'il s'agit d'une démarche exigeante (...) Le cadre, l'adhésion institutionnelle, les objectifs et les limites du mandat des jeunes doivent être précisément négociés et définis avec les jeunes, mais aussi avec les équipes éducatives (...) Cette approche suppose non seulement une formation initiale mais aussi une

supervision effective pendant toute la durée du processus, de manière à éviter les dérapages des pairs ou leur mise en difficulté (...) La formation continue (ou la supervision) des pairs, apparaissent indispensables ». Les adultes aussi doivent être formés : en effet, on leur demande des « ajustements importants » afin d'accorder aux élèves des responsabilités accrues. L'expertise souligne l'intérêt d'un observateur externe pour aider à analyser la situation.

L'un des obstacles majeurs pointé par l'Inserm – et par ailleurs souligné par de nombreux auteurs de ce dossier – est la difficulté de pérenniser ce type de programme : « Un enjeu fondamental, en particulier pour les praticiens du milieu scolaire, consiste en la pérennité de tels processus (...) En pratique, seuls quelques articles témoignent explicitement d'une inscription dans la durée de l'approche par les pairs », avertit l'Inserm.

Effets sur les pairs investis

L'un des constats majeurs de cette expertise est que les « pairs éduqués et formés » sont les premiers bénéficiaires de cette démarche. Les effets sont « massivement reconnus ». Premier bénéfice constaté : « Le sentiment de développement personnel, de compétences générales et d'empowerment (...) L'amélioration du sentiment d'estime de soi des pairs est relevée à plusieurs reprises (...), elle constitue l'apport personnel le plus souvent évoqué par les pairs ». Ce sentiment de développement personnel des pairs se traduit « en termes de confiance en soi, d'affirmation de soi ou d'efficacité personnelle (...) ». Ainsi, les pairs formés développent des compétences relationnelles améliorant leurs rela-

tions et leur capacité à communiquer avec les élèves et aussi avec les adultes.

Effets sur les modifications comportementales des publics

Les experts soulignent « le manque d'évaluations quantitatives formalisées et rigoureuses permettant d'apporter un éclairage sur les effets sur les comportements » des jeunes qui bénéficient de cette éducation par les pairs. Même prudence pour toute comparaison entre l'efficacité des pairs et les professionnels : « L'analyse de la littérature ne fournit pas de preuve de la "supériorité" des programmes animés par des pairs éducateurs par rapport aux interventions menées par des adultes », même si par ailleurs, le fait que ce soit un jeune qui mène l'action produit des effets positifs dans la réception de l'information. « Dans certaines conditions, dont la première est l'exigence de la formation et de la supervision, il semble bien cependant qu'elles puissent être tout aussi efficaces ». Et l'Inserm de conclure : « L'approche par les pairs représente une ressource potentielle qui peut être envisagée en complémentarité, mais certainement pas en substitution, des programmes et des responsabilités des adultes. Une question primordiale consiste alors à définir précisément le rôle attribué aux jeunes et aussi ses limites ».

Yves Géry,

Rédacteur en chef.

Pour en savoir plus

Pour consulter l'expertise : www.inserm.fr, puis onglets « Santé publique » puis « Expertises collectives ».

Québec : l'intervention par les pairs investit la promotion de la santé

Au Québec, l'intervention par les pairs est florissante. Elle est largement développée auprès des populations stigmatisées : prévention de la transmission du VIH, actions auprès de populations précarisées, etc. Si ces interventions ont incontestablement permis de renforcer la participation des publics concernés, les résultats de ces programmes demeurent inégaux. Deux principaux risques d'échec apparaissent : la non-reconnaissance de l'action du pair et la difficulté de le recruter.

L'intervention par les pairs s'est largement développée au Québec au cours des dernières décennies. Les savoirs expérientiels des pairs permettent de toucher la communauté et de soutenir la prévention et la promotion de la santé. Toutefois, les principaux risques d'échec sont la non-reconnaissance de l'action du pair et de son rôle social, ainsi que la difficulté de recruter des pairs. Ces interventions ont néanmoins clairement contribué à bousculer les modèles habituels d'intervention, en renforçant particulièrement la participation des publics concernés.

Au Québec, l'intervention par les pairs comme stratégie et outil d'intervention s'est répandue sous de multiples formes, dans divers champs d'intervention et auprès de publics différents (1, 2). Ce développement s'appuie sur un postulat originel selon lequel les pairs pourraient jouer un rôle spécifique, d'une part en prévention des difficultés que rencontrent les jeunes ou d'autres populations vulnérables, et d'autre part dans une dynamique de promotion de changement de comportements, de valeurs ou d'attitudes (3). En effet, les champs d'application de l'intervention par les pairs sont vastes et vont de l'éducation à la santé jusqu'à l'insertion sociale. Mais une idée commune les relie : octroyer un nouveau rôle au pair : celui de médiateur, de « passeur ». Ainsi, dans le champ de l'éducation, le pair n'est plus simplement un étudiant ; dans celui de la santé, un malade ou un patient ; dans celui de l'insertion, une personne exclue ou marginalisée. Ce travail à la construction et à la réalisation d'un rôle différent constitue le cœur de l'approche de l'intervention par les pairs.

La reconnaissance du pair dans la communauté

L'idée de « pair » n'est pas nouvelle, puisque tout le monde est entouré de pairs, dans la mesure où le pair désigne le semblable. Ce caractère du semblable s'exprime à travers des fonctions, des statuts, des rôles, des positions et des valeurs qui sont similaires. Ainsi, la notion de pair s'enclasse directement dans la question de l'identité, du lien et donc de l'appartenance. Mais, la ressemblance dans la fonction, le statut, le rôle ou la position ne suffit pas à fixer la notion de pair. Encore faut-il associer à cette ressemblance une relation suffisamment forte pour que « l'autre » soit reconnu comme un pair. Dès lors, la notion de pair est une notion dynamique où l'interaction entre « le soi » et « l'autre » va définir cette ressemblance par la relation entretenue. Par conséquent au Québec, la notion de pair s'inscrit nécessairement dans l'idée d'une communauté, que celle-ci soit attachée à un comportement partagé, une difficulté, un trouble ou un mode de vie.

L'approche par les pairs s'appuie sur cette dynamique de relation. Le nouveau rôle endossé par le pair au sein de sa communauté et dans le cadre d'une intervention permet de structurer l'approche et de soutenir sa pertinence, son efficacité du point de vue de l'action préventive ou de la promotion de la santé (4). Cette dynamique prend maintenant la forme d'un soutien public réel aux interventions qualifiées de « par et pour », dans une logique de reconnaissance de la participation des personnes aux prises avec des difficultés (2).

Les champs d'intervention du pair

L'intervention par les pairs s'intègre dans trois grands paradigmes d'intervention : l'influence sociale, la ressource sociale ou le relais social.

Influence sociale

Le paradigme de l'influence sociale constitue certainement le champ d'action le plus évident lorsqu'il est question d'intervention par les pairs auprès des jeunes. La littérature abonde pour présenter, décrire et évaluer ces modèles d'intervention d'inspiration éducative, où le rôle du pair est défini autour des mécanismes d'influence qu'il peut utiliser auprès de ses proches, dans une logique de prévention ou de promotion de changements de comportements, d'attitudes et de valeurs. Ce paradigme s'appuie sur les perspectives de l'apprentissage social : il soutient que le pair, par la proximité de sa relation avec son semblable, peut jouer un rôle de modèle ou être perçu comme tel par celui visé par l'intervention. Ainsi, au Québec, de nombreux programmes de prévention/promotion auprès des jeunes (sur le tabagisme, la drogue, la sexualité, le harcèlement/racket) soutiennent des interventions dans lesquelles les pairs peuvent prendre un rôle actif. L'enjeu de ce paradigme demeure celui de leur recrutement : suffisamment proches des modes de comportements préconisés, mais toujours à proximité des jeunes visés, afin d'être perçus comme des pairs. Les intervenants adultes conservent un rôle déterminant pour la définition du cadre, des objectifs et des moyens d'action en prévention/promotion des changements de comportements.

Ressource sociale

Le paradigme de la ressource sociale s'ancre plus globalement dans un modèle de santé où la question des réseaux sociaux et du soutien social devient une condition nécessaire – mais non suffisante – pour améliorer le mieux-être des individus. Le rôle du pair se définit autour des relations d'entraide, d'échanges qu'il entretient pour assurer son bien-être et celui des autres. Son intervention s'appuie alors sur les alliances et la circularité des expériences. Les pairs sont ainsi institués comme un groupe, lequel en se créant et en se maintenant devient une ressource pour l'ensemble de ses membres. Empruntée aux modèles d'intervention développés par les groupes d'entraide anonymes (AA, NA, etc.), soutenue par l'idée du « groupe-communauté », cette approche par les pairs s'est diversifiée, passant d'une dynamique de groupe thérapeutique à une mobilisation politique en vue d'actions collectives. Au Québec, ce paradigme est largement développé auprès des populations stigmatisées (personnes souffrant de problèmes de santé mentale, usagers de drogues, transsexuels, etc.). *In fine*, l'enjeu demeure la circularité de l'intervention, qui, si elle constitue un répit pour les personnes stigmatisées, ne parvient souvent pas à modifier de manière importante le regard social sur ces personnes, confinant de fait les individus dans un réseau social étroit dont il est difficile de sortir.

Relais social

Le paradigme du relais social a émergé plus récemment. Il prend forme davantage dans un modèle social qui tente de trouver de nouvelles façons de rebâtir le lien social et les solidarités dans notre société moderne éclatée et fragmentée. Ce paradigme se distingue des deux premiers en s'attardant davantage sur les exigences de la cohabitation et du mieux vivre ensemble, plutôt que sur une dynamique de rapprochement des jeunes avec le reste de la société. Le pair est alors celui qui, en appartenant à des mondes sociaux opposés, différents, construit des passages symboliques ou réels entre ces mondes. Dans ce paradigme, les pairs sont placés au cœur de dispositifs où ils vont devoir agir tant dans le monde de la marginalité dont ils sont proches, que dans le monde de la conventionalité des services de santé et sociaux auxquels ils sont rattachés. Véritables

Exemples d'approche par les pairs au Québec

Institutionnels

En milieu scolaire (secondaire et collégial) : nombreux projets de supports destinés aux élèves qui éprouvent des difficultés (prévention du suicide, de la toxicomanie, du harcèlement/racket, etc.).

Alternatifs

- **Groupe d'intervention alternative par les pairs (Giap).** En partenariat avec divers organismes communautaires, prévention de la transmission du VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang, de l'hépatite C, et réduction des méfaits liés à la toxicomanie chez les jeunes en situation de précarité qui fréquentent les quartiers centraux de Montréal. Par le biais de l'*empowerment*, vise la reprise en charge de leur santé globale.
- **Service Inter-guide.** En partenariat avec divers organismes communautaires, prévention de la criminalité auprès de jeunes issus de communautés ethniques, de leurs familles et d'autres acteurs d'importance du milieu (intervenants en milieu social, policiers), en s'appuyant sur le concept de « malaise identitaire ».
- **Stella.** Une initiative « par et pour » les travailleuses du sexe (tous âges confondus) pour améliorer leur qualité de vie, sensibiliser et éduquer l'ensemble de la société aux différentes formes et réalités de ce travail, afin que les travailleuses du sexe aient les mêmes droits à la santé et à la sécurité que le reste de la population. Favorise la création de plateformes d'échange sur le travail du sexe aux niveaux municipal, provincial, national et international.

traducteurs des deux mondes, leur action préventive et de promotion vise à rapprocher les deux univers en agissant comme des médiateurs ou des « passeurs ». Ces interventions exigent un dispositif complexe de relations partenariales, de reconnaissance mutuelle et d'adaptation perpétuelle (2). La formation et le suivi constants de tels types de projets, posés en équilibre entre deux mondes, constituent les défis les plus importants des interventions développées dans ce paradigme.

Des résultats inégaux

Au Québec, l'intervention par les pairs est florissante (*voir quelques exemples dans l'encadré ci-dessus*). La construction de modèles d'action fondés sur la proximité et sur le savoir expérientiel des personnes pour soutenir la prévention et la promotion se décline de diverses manières, mais ne conduit pas toujours aux résultats escomptés, tant pour le pair que pour la personne aidée. En effet, l'instrumentalisation de ce type d'intervention – par les adultes qui l'ont conçue, le milieu institutionnel qui le chapeaute ou encore le bailleur de fonds qui le finance – la non-reconnaissance de l'action et du rôle social du pair, les difficultés à soutenir le travail de véritables pairs vivant, eux aussi, des difficultés, la pertinence et l'adéquation de la formation des pairs, sont au nombre des déceptions recensées. Pour autant, ces interventions ont contribué à leur manière à refaçonner les modèles

conventionnels de l'intervention, en renforçant la participation des publics concernés par une intervention, du type préventif, clinique ou politique.

Bellot Céline

Professeure agrégée,
responsable de la maîtrise,

Jacinthe Rivard

Chargée de cours,
coordonnatrice de recherche,
École de service social,
université de Montréal, Québec.

► Références bibliographiques

- (1) Provencher H., Lagueux L., Harvey D. Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques... l'embauche de pairs aidants à titre d'intervenants à l'intérieur des services de santé mentale. *Pratiques de formation – Analyses*, janvier-juin 2010, n° 58-59 : p. 155-174.
- (2) Bellot C., Rivard J., Greissler E. L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de rue. *Criminologie*, 2010, vol. 43, n° 1 : p. 171-198.
- (3) Shiner M. Defining peer education. *Journal of adolescence*, 1999, vol. 22, n° 4 : p 555-556.
- (4) McDonald J., Roche A.-M., Durbridge M., Skinner N. *Peer education: From evidence to practice. An alcohol and other drugs primer*. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, Adelaide, South Australia 2003.

Mission locale de Beaune : des jeunes sensibilisés par leurs pairs sur la santé

La mission locale de Beaune en Côte-d'Or a formé une équipe de pairs pour mieux faire passer l'information et la prévention auprès des jeunes. Une initiative soutenue par le haut-commissariat à la Jeunesse et aux Solidarités actives.

Depuis novembre 2010, un groupe de jeunes, encadré par des conseillers de la mission locale de l'arrondissement de Beaune en Côte-d'Or, anime un relais santé. L'objectif est d'améliorer l'information sanitaire de leurs pairs et de les impliquer dans la prévention et l'éducation à la santé, en s'appuyant sur des partenaires identifiés et les élus. L'expérimentation est soutenue par le haut-commissariat à la Jeunesse et aux Solidarités actives (*lire l'encadré ci-dessous*).

Le choix a été fait d'utiliser le Service civique volontaire, d'une part, pour donner à ces jeunes un statut à la hauteur de leur engagement citoyen, et, d'autre part, pour assurer la continuité de l'action. Pendant la phase expérimentale (octobre 2010 à juillet 2011), neuf jeunes filles se sont engagées à développer le « Relais santé jeunes », trois autres ont aujourd'hui pris la suite.

Éducation par les pairs, partenariat, participation

La mission locale a retenu trois modalités essentielles d'action.

- **L'éducation par les pairs** : le relais santé est construit par et pour les jeunes, il est encadré par deux conseillères, et des limites sont fixées pour rester dans le domaine de la transmission d'information (et non dans la résolution de problématiques de santé). La santé est rarement une priorité pour les jeunes usagers des missions locales, d'autant qu'elle touche beaucoup à l'intime, au vécu et qu'elle peut susciter certaines appréhensions. Pour les dépasser, seules des actions conçues par des jeunes peuvent toucher leurs homologues.

- **L'implication des élus et des partenaires** : le projet ne vise pas à créer un pôle santé au sein de la mission locale, mais incite à la prise en compte par les

politiques territoriales de santé des jeunes en situation d'insertion.

- **Le sens du relais santé pour les jeunes** : leur participation doit leur permettre de progresser dans leur projet professionnel. Aussi, les candidats retenus ont des perspectives dans les domaines de la santé, du social ou de l'animation. Les rencontres avec les partenaires, les élus, la dynamique de construction d'un projet, le sentiment d'être utile, valorisé et reconnu sont complétés par un appui renforcé de la mission locale.

Diagnostic auprès de cinq cents jeunes

Dans le cadre du Relais santé jeunes, un diagnostic santé a été réalisé auprès de cinq cents jeunes suivis à la mission locale de Beaune et dans ses antennes¹. Il a permis aux douze jeunes filles ayant animé le relais santé depuis 2010 de déterminer les actions de prévention et d'information à mettre en place.

Neuf problématiques de santé ont ainsi été identifiées : l'accès aux soins, le handicap, la sécurité routière, la violence, la sexualité, les addictions, la précarité, les troubles alimentaires, le mal-être/la dépression. Les jeunes filles relais ont rencontré l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et social, tant pour construire un réseau de partenaires que pour s'informer sur les thèmes évoqués précédemment et définir avec les professionnels leurs modalités d'actions. Elles ont réalisé un guide santé sous la forme d'un agenda perpétuel pour les jeunes afin de faciliter l'accès à l'information du public accueilli en mission locale et par les professionnels partenaires².

Jeunes hors du système scolaire : souvent à l'écart de la prévention

Le projet de création du « Relais santé jeunes » a été retenu puis financé par le haut commissariat à la Jeunesse et aux Solidarités actives au regard d'un triple constat :

- les politiques publiques de santé pour la jeunesse s'articulent autour de la protection maternelle et infantile pour les tout-petits et la médecine scolaire. Rien n'est organisé pour les jeunes ayant quitté l'école alors qu'ils peuvent représenter 20 % de la tranche d'âge des 16-25 ans ;
- pour la très grande majorité des jeunes suivis par la mission locale, la santé se résume aux seuls aspects biologiques et, de ce fait, ils s'estiment en bonne santé. De plus, nombre d'entre eux ont quitté tôt le monde scolaire et n'ont pas forcément bénéficié ou prêté attention aux actions d'information et de prévention qui pourraient les concerner ;
- les conseillers de la mission locale constatent également que l'environnement social et psychologique et les comportements (modes de consommation, précarité du travail, vécu de l'adolescence) sont des freins à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, confrontés – en particulier en milieu rural –, à l'absence ou la faiblesse des réponses au niveau de l'organisation des services de santé.

Le relais santé a aussi testé différents processus d'animation autour d'actions de prévention : théâtre d'improvisation, animation mono ou multithématique, exposition itinérante, etc., pour définir un cadre d'intervention qui réponde au mieux aux attentes des jeunes. Enfin, une lettre mensuelle et une page Internet sur un réseau social ont été créées : la lettre d'information fait vivre le partenariat, et le réseau social permet d'être en relation directe avec les jeunes.

Des actions de prévention mises en place

Dans un premier temps, une exposition itinérante, qui consistait à développer les neuf thèmes de santé choisis, a été présentée dans plusieurs lieux, notamment les missions locales.

Puis des demi-journées de prévention ont été organisées sur trois cantons (Seurre, Pouilly-en-Auxois et Beaune) sous la forme d'ateliers. Après ajustement, les trois jeunes filles relais qui ont poursuivi le programme ont créé des ateliers d'animation menés par binôme, au rythme d'une demi-journée par mois sur un thème donné, et sur tous les cantons (Beaune, Nuits-Saint-Georges, Seurre, Saint-Jean-de-Losne, Pouilly-en-Auxois, Arnay-le-Duc) afin de toucher un plus grand nombre de jeunes.

Les ateliers, souvent co-animés par des professionnels, ont été construits de façon ludique et interactive. Ainsi, un jeu basé sur des questions/réponses a été créé pour l'atelier sur les addictions et le mal-être ; un parcours avec des panneaux de signalisation a été réalisé pour la sécurité routière. Les thèmes abordés pendant l'année 2011-2012 ont été : la sécurité routière, la sexualité, la précarité, les addictions, le mal-être et le handicap. Le choix des ateliers est validé par un Groupe d'animation jeunes et un comité de pilotage³.

Quel avenir pour le Relais santé jeunes ?

Dans une optique de pérennisation du dispositif, les pairs vont bénéficier d'une formation en interne. Les animatrices du relais santé formeront aussi tout nouveau pair pour assurer la continuité du dispositif.

Nous avons constaté que les professionnels et les organisations territoriales considèrent ce relais comme un parte-



naire essentiel dans la rencontre avec les jeunes. Le retour des ateliers nous montre que les jeunes posent plus facilement des questions sur leur santé à leurs pairs plutôt qu'à des adultes.

Le principal obstacle rencontré dans le fonctionnement du relais santé est la mobilisation des jeunes, fragile pour plusieurs raisons : difficultés de mobilité, communication à développer, etc. Néanmoins, les jeunes présents jugent positivement les différentes actions proposées, ils en sont demandeurs, notamment dans les cantons où ils sont plus isolés. Pour la plupart, les quelques heures passées avec les animatrices du relais santé leur ont apporté de nouvelles connaissances (sur le handicap, la sexualité, l'importance d'une alimentation équilibrée, etc.).

Au niveau financier, au-delà de la participation de l'ensemble des cent quatre-vingt-quatorze communes de l'arrondissement au financement de la mission locale, le projet reçoit, pour son fonctionnement, le soutien de l'agence régionale de santé. D'autres partenaires se sont associés sur des projets et thématiques spécifiques (Mildt, Fondation Dexia, etc.). La négociation en cours d'un contrat local de santé devrait permettre d'inscrire le Relais santé jeunes dans la politique territoriale de santé.

Le Relais santé jeunes réalise donc ses objectifs de répondre aux besoins, connus ou inconnus, des jeunes de la mission locale tout en associant les partenaires et les élus. Par cette approche d'éducation par les pairs, il crée une dynamique territoriale qu'il aurait été plus difficile à mettre en œuvre de façon plus institutionnelle. Il montre aussi de manière forte que les jeunes peuvent et savent s'engager. Enfin, au-delà de l'analyse des porteurs de projet, ce programme d'éducation par les pairs a été évalué en externe, et les résultats seront publiés au dernier trimestre 2012.

**Béatrice Bourgeois, Marie Clerc,
Marion Noirot**

Animatrices,

Béatrice Certain, Barbara Clerc

Référentes,

Relais santé jeunes, Beaune.

1. Sur la base d'un questionnaire élaboré avec la caisse primaire d'Assurance Maladie puis partagé avec les élus et les partenaires lors du comité de pilotage (via quatre réunions sur le territoire).

2. Le contenu du « Guide santé » a été collecté par les animatrices du relais santé auprès des professionnels de la santé et du social de l'arrondissement de Beaune.

3. Le Groupe d'animation jeunes permet de vérifier que les thèmes correspondent aux attentes des jeunes. Il a pour but de partager, échanger et interagir sur la façon de promouvoir et de prévenir la santé par les pairs. Il se fonde sur le même principe que le comité de pilotage qui permet aux partenaires et aux élus de travailler avec les membres du « Relais santé jeunes ».

Des « correspondants santé » dans les lycées des Côtes-d'Armor

Dans le département des Côtes-d'Armor, durant l'année scolaire 2011-2012, quarante lycéens « correspondants santé » ont été formés pour faire passer l'information en matière de prévention et d'accès aux soins auprès de leurs pairs. Le rôle de l'animatrice santé, qui a assuré le suivi et le lien entre les lycéens, les correspondants santé et l'équipe éducative, a été essentiel.

La Maison des adolescents des Côtes-d'Armor a expérimenté, de septembre 2010 à mars 2012, un dispositif de « correspondants santé » dans une dizaine de lycées du département. Cette expérimentation, financée par la Mission d'animation du fonds d'expérimentation jeunesse (MAFEJ), prend appui sur le livre vert *Reconnaître la valeur de la jeunesse* (lire l'article d'A. Pretari et M. Valdenaire p. 32) qui stipule la nécessité de mettre en œuvre des relais de prévention dans le domaine de la santé. Il fallait effectivement commencer par reconnaître aux jeunes de la valeur, des compétences et de l'énergie pour bâtir en confiance, et avec eux, un projet innovant.

Inciter les jeunes à consulter les services compétents

Force est de constater que les articles publiés dans la presse, les flyers, affichettes, actions et sites Web d'information de prévention en santé – qui ne font pourtant pas défaut – ont leurs limites en termes d'efficacité. De surcroît, le taux de suicide enregistré en Bretagne se situe à des niveaux particulièrement élevés depuis un certain nombre d'années (tout comme au niveau national), en particulier chez les 15-24 ans¹. Pour rendre les jeunes acteurs de leur santé, un réseau de lycéens « correspondants santé » a été mis en place en Côtes-d'Armor. Il a pour mission d'atténuer en nombre et en gravité les comportements à risques, amener les jeunes en difficulté à identifier leurs besoins, les guider pour repérer et solliciter les différents services mis à leur disposition.

Dans certains cas, le plus convaincant des prescripteurs pour un jeune c'est l'un de ses pairs. Pour actionner ce levier, la Maison des adolescents a fait le pari d'un

travail en commun entre équipes éducatives et correspondants santé², avec un double objectif : faire connaître les services ressources³ et diffuser par et entre pairs l'information en prévention pour que les jeunes se l'approprient.

« Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends », disait Benjamin Franklin ; le réseau de correspondants santé positionne les jeunes comme sujets et non comme cibles passives d'un message de prévention standardisé, ne prenant en compte ni leur singularité ni l'environnement territorial et social. L'expérimentation a permis de constater que les jeunes sont sensibles à l'instauration d'échanges durables et à la prise en compte de leur opinion. Ils tiennent également à proposer des actions et à se faire les porte-parole d'autres lycéens. C'est ainsi que des expositions, cinés-débats ont pu être organisés parmi d'autres activités (ouverture d'un point info-santé, présentation d'outils particuliers, visites de services, etc.).

Les dix lycées sollicités ont décidé de participer à cette expérimentation⁴. En deux ans, soixante jeunes se sont engagés comme correspondants santé, majoritairement des internes, disponibles pour des rencontres mensuelles (hors heures de cours). Le réseau s'est étoffé et partiellement renouvelé d'une année sur l'autre : ainsi environ quarante correspondants santé étaient en fonction lors de l'année scolaire 2011-2012, pour un public bénéficiaire d'environ cinq mille cinq cents élèves.

L'animatrice de santé : médiatrice

La clé de voûte du projet réside dans la relation de confiance tripartite entre l'animatrice de santé, les élèves et l'équipe éducative. L'animatrice de santé

accompagne les jeunes correspondants, diffuse des connaissances, apporte son concours à la réflexion, favorise l'expression des jeunes – tout en les modérant un peu si nécessaire –, joue le rôle de catalyseur des échanges entre jeunes et adultes, etc. Elle est extérieure à l'établissement, ce qui facilite une certaine neutralité et rend l'action pérenne. C'est elle qui instaure des temps d'échange d'égal à égal avec les infirmières, CPE, assistants sociaux. La confiance des jeunes envers l'équipe éducative s'en est trouvée renforcée. Et quelques élèves ont par la suite sollicité un membre de cette équipe pour des demandes personnelles.

Les prérogatives des correspondants santé ont été définies et des limites posées. Ainsi, toutes les précautions ont été prises pour qu'ils restent dans leur rôle de vecteur d'information, ne se trouvent jamais en difficulté par rapport à une demande particulière d'un autre jeune. En effet, ils n'ont pas à endosser le rôle de sentinelle et doivent impérativement réorienter une demande d'aide individuelle vers les professionnels de l'établissement. L'animatrice santé a particulièrement veillé à conserver ce positionnement.

Une charte d'engagement partagé

Pour formaliser l'engagement et cadrer les échanges, une Charte du correspondant santé⁵ a été élaborée. Des outils d'échange et de suivi ont été mis en place. Les professionnels ressources ont été repérés au sein de chaque établissement. Les fondamentaux avant toute intervention ont été rappelés : dialogue avec leur famille, le médecin traitant, etc. Dans un second temps, les correspondants santé ont bénéficié de modules d'information pour améliorer

leur connaissance des services et professionnels ressources (santé, social, orientation, etc.). Un carnet de bord réunit toutes ces informations. Échanges et suggestions sont consignés par écrit et un point périodique est effectué. Le réseau de correspondants santé s'est également appuyé sur l'utilisation des nouveaux médias : page Facebook, SMS, messagerie Internet.

Des professionnels davantage sollicités

Il ressort de l'évaluation qui a été faite de ce dispositif par un professionnel extérieur les faits saillants suivants :

- le rôle de correspondant santé valorise le potentiel des jeunes et permet d'activer les ressources existantes (internes au lycée et externes) ;
- parmi les difficultés majeures constatées, recueillir l'adhésion des professionnels tout d'abord, puis des jeunes, réclame du temps. Mais les jeunes volontaires se sont par la suite montrés constants ;
- des bénéfices immédiats ont été observés : une plus importante sollicitation des

professionnels des lycées (visite chez l'infirmière, rencontre de l'assistante sociale), mais aussi en termes de prise en compte des « problématiques de santé » que les correspondants santé pouvaient dès lors mieux percevoir par leur dialogue avec d'autres jeunes. Dans certains établissements, un « espace santé » a été créé et animé par les jeunes eux-mêmes. Des campagnes d'information sur la contraception d'urgence ont été organisées dans les établissements. Enfin, l'expérimentation a permis de mieux connaître les professionnels ressources extérieurs à l'établissement, les modalités de prise de rendez-vous en Point accueil écoute jeunes (PAEJ), les consultations médicales, etc.

La période de fin d'expérimentation est parfois difficile à négocier, particulièrement lorsqu'émerge de part et d'autre des souhaits de pérennisation de l'action. Faute de moyens complémentaires, le dispositif a été mis en sommeil après mars 2012. Des demandes de nouveaux financements sont en cours pour reprendre ce travail auprès des mêmes établissements afin de réactiver le réseau

à compter de septembre 2012. L'objectif sera de continuer à capitaliser l'expérience du projet et peut-être même de le développer encore.

Daniel Merrien

Coordinateur,

Svetlana Riverain

Animatrice santé,

Maison des adolescents, Saint-Brieuc.

1. http://orsbretagne.typepad.fr/TB_suicide_2012/MORTALITE/FICHE-MORTALITE.pdf

2. Une dizaine de lycées publics et privés, d'enseignement général, technique ou professionnel : la très grande majorité des jeunes y sont scolarisés... on y trouve notre public !

3. Sanitaires, sociaux, associations, etc.

4. Guingamp (lycées Jules-Vernes, Montbareil, Pavie, Kernilien, Pommerit-Jaudy, Notre-Dame), Saint-Brieuc (lycées Marie-Balavenne, Freyssinet, Jean-Moulin), Rostrenen-Centre Bretagne (Lycée Rosa-Parks).

5. La charte du correspondant santé stipule notamment le caractère « volontaire et personnel » de l'engagement qui doit être pris pour l'ensemble de l'année scolaire. La fonction centrale du correspondant santé est de « véhiculer de l'information », surtout il « ne doit en aucun cas se substituer aux professionnels (...) auxquels il adresse les jeunes qui sollicitent une aide ». Par ailleurs, il n'est pas habilité à prendre en charge les problématiques personnelles qui pourraient lui être exposées. »

Une expérience européenne d'éducation par les pairs auprès d'adolescents

Dans les Alpes-Maritimes, trente-trois jeunes pairs ont été formés à la prévention des conduites à risques, dans le cadre d'un programme européen. L'accent a notamment été mis sur la formation des pairs, fortement épaulés par des adultes référents. L'évaluation souligne l'intérêt de la démarche, sans occulter les difficultés rencontrées.

De septembre 2009 à mars 2012¹, le programme intitulé « Peer education » a été mis en place dans les Alpes-Maritimes par la Mutualité française Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) auprès d'adolescents de 13 à 18 ans, en milieu scolaire et hors scolaire. Il s'est déroulé dans le cadre du programme de coopération européenne Alcotra, en partenariat avec l'Agence sanitaire

locale d'Imperia (Ligurie, Italie) et l'Agence sanitaire locale d'Alba/Bra (Piémont, Italie), et a été mis en œuvre en parallèle avec un programme de coopération européenne Interreg impliquant l'agence sanitaire locale de Verbania (Piémont, Italie) et l'université des Sciences appliquées de la Suisse italienne (SUPSI) de Lugano (Canton de Tessin, Suisse).

Objectif : prévention des comportements à risques

Ce programme est né de la volonté des différents partenaires européens d'échanger sur leurs pratiques en promotion de la santé et de mettre en place des actions communes de prévention des conduites à risques chez l'adolescent. En France, il a été financé par l'Union européenne, le conseil régional

Paca, le conseil général des Alpes-Maritimes, l'agence régionale de santé et la Mutualité française Paca.

Le programme vise la prévention du mal-être et des comportements à risques auprès de groupes d'adolescents, dans le cadre scolaire ou hors scolaire, avec la participation de pairs. Quatre structures d'accueil : le collège Roland-Garros et l'association La Semeuse à Nice, le lycée Pierre-et-Marie-Curie à Menton, la MJC « Centre social » Ranguin à Cannes, ont souhaité s'engager et désigné des adultes référents du projet, chargés de l'accompagnement du groupe de pairs.



Support de prévention créé par les éducateurs avec les pairs du lycée Pierre-et-Marie-Curie.



Le programme s'est déroulé en six étapes :

- la formation des adultes référents des quatre structures d'accueil sur la méthodologie d'éducation par les pairs et ses modalités de mise en œuvre ;
- la mobilisation des pairs volontaires pour participer au programme ;
- la présentation du programme aux parents des pairs volontaires ;
- la formation, dans chacune des structures d'accueil, des jeunes pairs volontaires pour assurer un accompagnement dans le projet et leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires (compétences psychosociales, choix de la problématique de santé, élaboration de messages de prévention et création d'un support de prévention). Selon les groupes, les thèmes choisis ont porté sur l'alcool, le cannabis, les relations garçon/fille, la sexualité, l'homosexualité et la cyberaddiction. La durée de la formation (de quinze à trente-quatre heures) s'est ajustée selon le cadre défini par la structure d'accueil et la disponibilité des pairs de chaque groupe. Ces formations ont été dispensées par un psychologue social, des intervenants spécialisés dans les domaines de la santé publique, de la création graphique et audiovisuelle ;
- la réalisation d'interventions organisées et animées par les pairs auprès de leurs camarades de classe et des jeunes de leur communauté, à partir des messages de prévention élaborés lors de la formation. Ces interventions ont surtout permis la création d'espaces d'échange et de réflexion entre jeunes,

sur le thème d'intervention, en présence des référents adultes ;

- des échanges entre pairs : trois moments d'échange et de réflexion entre pairs français, italiens et suisses du programme, sur leur rôle et les interventions mises en place.

Au total, trente-trois jeunes pairs ont été formés et vingt-huit interventions se sont déroulées au profit de sept cent huit jeunes.

Évaluation : l'importance de l'adulte référent

Une évaluation portant sur les conditions de déroulement de l'action et son efficacité a été réalisée par la Mutualité française Paca.

Parmi les éléments facilitateurs, l'implication des structures d'accueil partenaires constitue un des éléments de réussite du projet. Chacune a mobilisé et mis à disposition un adulte référent (professeur, animateur, etc.) pour l'accompagnement des jeunes. La communication et les liens créés entre les différents acteurs du projet (adultes/institutions/jeunes) ont également fortement facilité la mise en œuvre du programme grâce, par exemple, à la mise à disposition d'adultes affectés au projet, à la communication auprès des parents, à l'intégration du projet dans les heures de classe.

Acquisition de savoirs par les pairs

Les résultats d'enquête ont permis de constater : 1) l'adéquation du pro-

gramme avec les attentes des pairs et le fonctionnement des structures d'accueil ; 2) l'acquisition de savoirs par les pairs (habiletés psychosociales, notamment) ; 3) la satisfaction des pairs et des jeunes bénéficiaires quant aux activités proposées. Ces résultats ont permis de vérifier l'adéquation du programme au projet pédagogique des établissements scolaires et aux missions des structures non scolaires.

L'implication continue des jeunes a été rendue possible grâce aux liens créés avec les adultes impliqués et ceux tissés au sein même du groupe de jeunes pairs. Les activités se sont rythmées selon leurs besoins et leurs envies et la nouveauté des situations a contribué à maintenir leur intérêt au projet. En milieu scolaire, le soutien de l'établissement aux actions menées par les éducateurs par les pairs a particulièrement permis d'asseoir leur légitimité auprès du public.

S'adapter aux difficultés rencontrées

Différents ajustements ont été nécessaires. Le déroulement de la formation des pairs s'est adapté aux besoins et spécificités de chaque groupe (âge, expérience, disponibilité) et à l'espace confié par les structures d'accueil. Les difficultés rencontrées par les pairs lors de leurs interventions ont nécessité, à leur demande, de renforcer leurs connaissances sur certains thèmes de santé. Il a, de plus, été constaté que l'effectif des groupes de pairs et la nouveauté des activités avaient une incidence sur la dynamique de projet dans la durée. La création d'outils de prévention a également constitué un élément de motivation supplémentaire pour les pairs.

Pairs : une meilleure estime d'eux-mêmes

L'évaluation de la Mutualité française Paca a mis en évidence la complémentarité du programme avec les programmes de prévention « plus classiques » ainsi qu'avec le programme scolaire, et l'intérêt pour les bénéficiaires d'échanger sur les problématiques de santé qui font partie de leur quotidien. En complément, une recherche² psychosociale, confiée à Jean-Baptiste Clérico, docteur en psychologie sociale au Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active

(Ceméa) Paca, a permis de mesurer les effets des activités mises en place sur l'optimisme comparatif (c'est-à-dire la tendance à voir son avenir de manière plus favorable que celui d'autrui), la norme (ce qui est valorisé positivement par le groupe) et l'estime de soi des pairs et jeunes bénéficiaires des messages produits par les pairs. Cette recherche montre que les pairs ont une meilleure estime d'eux-mêmes que leurs camarades et surtout qu'ils sont plus conscients des comportements à risques pour leur santé. Les mêmes résultats ont été constatés chez les bénéficiaires des interventions des éducateurs par les pairs, mais dans une moindre mesure.

Formation et échanges d'expérience au niveau européen

La coopération européenne s'est traduite par :

- la mise en place de formations communes des acteurs du programme sur la méthode d'éducation par les pairs ;
- des séminaires d'échanges entre les adultes du programme sur les expériences menées sur les trois territoires Alba/Bra, Imperia (Italie) et Alpes-Maritimes ;
- l'organisation de trois *summer schools* à Nice, Verbania et Imperia qui ont été de véritables espaces d'échanges entre jeunes pairs italiens, suisses et français ;
- la valorisation du programme à travers trois publications ;
- un congrès final en Italie et en France pour favoriser la reproduction de ce type de programmes.

Suite à cette première expérience, la Mutualité française Paca a été sollicitée par différentes structures, dont le rectorat de Nice, pour créer et accompagner de nouveaux groupes d'éducateurs par les pairs dans les Alpes-Maritimes ainsi que dans le Var.

Karin Dehrieu

Coordinatrice régionale de l'Activité de prévention et de promotion de la santé,

Adeline Priez

Coordinatrice Santé publique, Mutualité française Paca.

1. L'expérience de coopération européenne s'est arrêtée en mars 2012, mais le programme d'éducation par les pairs doit être renouvelé pour l'année scolaire 2012-2013 grâce à des cofinancements de l'agence régionale de santé.

2. Mutualité française Paca, Ceméa, évaluation des effets du programme Alcotra du projet « Peer education ».

Une expérience de « peer education » en Suisse italienne

À Lugano en Suisse, une école supérieure socio-sanitaire a mené et expérimenté, pendant trois ans, un programme d'éducation par les pairs. Des étudiants volontaires ont été formés pour assumer un rôle de pairs au sein de leur institution et d'autres instituts de la région. L'éducation par les pairs vient s'ajouter à l'enseignement traditionnel. Les promoteurs tirent de cette expérience un bilan globalement positif, sans occulter les difficultés à surmonter.

Dans le cadre du programme Interreg (NDLR: programme de coopération transfrontalière impliquant plusieurs pays de l'Union européenne), entre 2009 et 2012, à Lugano en Suisse, nous avons développé, au sein d'une école supérieure formant des jeunes de 16 à 20 ans aux professions socio-sanitaires, un projet d'éducation par les pairs (appelé aussi « peer education » : PE). En parallèle à la déclinaison locale de cette approche de promotion de la santé, nous avons entretenu des échanges théoriques et pratiques avec les autres partenaires (Italie : Verbania, Alba-Bra et Imperia ; France : Paca).

Principe de l'éducation par les pairs suivi dans le cadre de ce projet

Le principe commun à la PE est l'activation d'un système de passage direct de connaissances et de compétences entre jeunes. Le but est de les rendre plus attentifs, actifs et responsables vis-à-vis de leur santé et de les inciter à développer leur bien-être. Principalement, il s'agit d'une approche éducative qui prône la communication horizontale et la réciprocité, et par conséquent rend les interactions plus fluides et émotionnellement plus « complices », créant ainsi un climat moins contraignant. Ce processus participatif de développement personnel et de groupe, qui définit les jeunes comme acteurs principaux et les invite

à s'influencer réciproquement, se réalise à travers la mobilisation de modèles culturels et de schémas comportementaux qui touchent profondément l'univers symbolique et motivationnel des adolescents. Dans une telle perspective, si l'adulte perd son rôle et son statut de « chef de séance » en raison de la prise de responsabilité des jeunes, son apport en tant qu'expert d'une thématique socio-sanitaire, ou encore comme promoteur des échanges au sein ou en dehors de son établissement est primordial et nécessaire. En effet, les *peers* communiquent un message, mais les adultes sont les garants des contenus et des compétences techniques nécessaires à la bonne réalisation de cette communication.

Formation des professionnels et des pairs

Nous avons formé à la *peer education* une dizaine d'enseignants volontaires qui ont ensuite accompagné les *peers* et promu le projet au sein de l'école. Suite à la candidature spontanée d'un grand nombre de jeunes (globalement environ une centaine), nous avons travaillé sur le choix des thématiques de santé (celles-ci ont porté sur : la vie affective et sexuelle ; la santé globale et la citoyenneté) et sur le développement de compétences nécessaires à l'animation et à la gestion de groupes de pairs. Pendant cette phase, les quatre séminaires organisés, réunis-



sant pairs et enseignants des différents partenaires du réseau européen, ont eu un rôle fondamental – avec notamment des échanges internationaux – pour approfondir la formation sur des thèmes spécifiques (affectivité, consommation, citoyenneté) à travers des techniques particulières (graphisme, vidéo et théâtre).

Retour d'expérience

Tout au long du projet, nous avons utilisé un dispositif d'évaluation conçu par la Faculté de sciences de la formation de l'université de Catane en Sicile. Ce dispositif visait plus particulièrement à évaluer les effets de cette expérience formative auprès des jeunes impliqués. De plus, notre équipe a rédigé un carnet de bord pour accompagner le processus de réalisation du projet de façon réflexive. Le bilan de cette expérience, très riche sur différents plans, comporte des éléments positifs, comme aussi des points problématiques qu'il est important de mentionner.

L'enthousiasme des *peers* pour la reconnaissance sociale de leur rôle l'a emporté, ceci entraînant aussi une amélioration de leur estime de soi. Le

développement de leurs compétences sociales, relationnelles et communicatives pour la gestion des groupes de pairs a effectivement été reconnu et confirmé par les résultats de l'évaluation.

Les étudiants bénéficiant de l'intervention des *peers* ont profité de figures plus accessibles que les adultes pour dialoguer sur des questions sensibles et délicates. L'amélioration du climat de l'Institut – la cohésion et le sens d'appartenance au sein de la communauté scolaire – a été aussi évoquée et perçue. Du point de vue des professeurs, le projet leur a permis de remplir un rôle éducatif « autre », lequel a donné lieu à de nouvelles formes de relations avec les *peers*, et a parfois stimulé une remise en cause (ou un ajustement) de la didactique de l'enseignement.

Cependant, la principale critique formulée a été la difficulté de concilier une telle approche avec le « système scolaire ». L'évaluation a cependant mis en exergue la difficulté de concilier cette approche de *peer education* avec le « système scolaire ». À savoir, nous pouvons évoquer les problématiques suivantes :

- les emplois du temps liés à enseignement, stage et examens laissent peu de temps disponible aux formations et aux activités des *peers* ;
- l'assimilation de l'éducation par les pairs dans la logique purement scolaire est à éviter ;
- pour les enseignants : la crainte de ne pas pouvoir contrôler la transmission des savoirs au sein de la classe, une fois la gestion de celle-ci confiée à des *peers* ;
- le risque que l'établissement scolaire puisse confier aux *peers* des tâches visant le maintien de l'ordre institutionnel, ce qui les assimilerait au corps enseignant.

Enfin, une autre difficulté a été pointée, celle d'abandonner la logique de l'évaluation méritocratique de toute activité didactique, pour que la PE soit idéalement ouverte à tout le monde au-delà de la réussite scolaire.

En conclusion de cette expérience, nous pensons que les programmes de *peer education* peuvent contribuer à rajeunir et à dynamiser le système scolaire par un renouvellement des pratiques pédagogiques et méthodologiques des enseignants. Ces programmes de PE, s'ils évitent les difficultés évoquées précédemment, peuvent permettre et offrir la possibilité d'une meilleure coparticipation aux processus décisionnels de l'établissement scolaire, tout en améliorant le potentiel d'influence positive entre jeunes.

Au stade actuel et à la lumière de l'expérience entamée, nous sommes en train de relancer le projet sur une échelle plus étendue, notamment nous nous intéressons aux contextes informels de l'agrégation juvénile (tels que les places, les rues, les centres récréatifs, les lieux de loisirs plus fréquentés par les adolescents). Développer la méthodologie de la PE dans ces nouveaux territoires va, à notre avis, contribuer d'une façon significative à la promotion de la santé et du bien-être des nouvelles générations.

Fulvio Poletti

Pédagogue, professeur,

Laura Bertini

Anthropologue, assistante,
département Santé,

Haute École professionnelle
de la Suisse italienne (SUPSI), Suisse.

Face à l'éducation par les pairs, quel positionnement pour les adultes référents ?

Le centre de recherches Epidaure, à Montpellier, a développé un programme « P2P : la santé de pair à pair » qui mobilise jeunes et professionnels dans une démarche de prévention. Le positionnement de l'adulte, de l'expert, donc du référent, a tout particulièrement été interrogé dans ce programme lors de son évaluation, car il tient un rôle central qui doit être exercé avec une posture éducative très rigoureuse et dans un cadre éthique très précis.

Les acteurs de prévention espèrent toujours trouver l'entrée pour mieux se faire entendre du public jeune et susciter chez eux les comportements pertinents par rapport à leur santé. Cependant, bien souvent, dès l'instant où le message est perçu par l'adolescent comme émanant d'un adulte prescripteur, quels que soient le fond et la forme du discours, la partie semble perdue d'avance.

Aussi, la tentation est forte, pour contourner l'obstacle de cette incom-

municabilité « originelle », de reprendre l'idée expérimentée, notamment en santé communautaire, dans les années 1990 (1), d'une démarche s'appuyant sur l'éducation par les pairs. Cette approche fait intervenir des membres d'un groupe pour introduire des changements d'attitudes chez d'autres membres du même groupe en posant l'hypothèse que lors de certaines étapes de la vie, notamment à l'adolescence, l'impact des pairs est

plus grand que d'autres influences. Sur ce postulat, en 2010-2011 puis en 2011-2012, nous avons testé à Epidaure¹ la pertinence de cette démarche en promouvant un programme (P2P : la santé de pair à pair) d'actions éducatives de jeunes en direction d'autres jeunes, tout en portant une attention particulière au positionnement des adultes, experts thématiques ou professionnels de l'éducation, impliqués dans un tel dispositif (*lire l'encadré ci-contre*).

Un programme « de pair à pair » en Languedoc-Roussillon

Le programme « P2P : la santé de pair à pair » a pour objectif de créer un terrain propice à la prévention des « risques santé » propres aux jeunes, par une approche double (adultes mais aussi jeunes pairs), en utilisant un dialogue de pair à pair validé. Développé en région Languedoc-Roussillon auprès des jeunes scolarisés de 10 à 18 ans, ce programme a pour ambition d'inscrire les jeunes et les professionnels qui les entourent dans une démarche partagée de santé. Il s'est traduit concrètement par la réalisation, par les collégiens et lycéens, d'un outil d'intervention en éducation à la santé à destination de leurs pairs. Les jeunes pouvaient interpeller les adultes ressources pour les accompagner. Le programme a donc permis de susciter la créativité des jeunes, leur capacité à transmettre des connaissances et promouvoir des attitudes auprès d'autres jeunes. La place symbolique, idéologique et physique occupée par les adultes éducateurs entourant les jeunes était également interrogée.

La première session P2P s'est tenue lors de l'année scolaire 2011-2012. Le programme a été structuré selon trois axes :

- faire le point sur la santé et les risques en réalisant une enquête auprès de collégiens et lycéens représentatifs sur cinq départements ;
- échanger et se connaître, via une journée de rencontre « de pair à pair » (le 30 mars 2012 à Epidaure à Montpellier) ;
- agir en mettant en œuvre des actions et/ou des outils et supports innovants, créés avec les jeunes et, du côté des professionnels, avec la plus large palette d'acteurs de l'éducation pour la santé concernés.

La deuxième session 2012-2013 sera centrée sur la réalisation des actions proposées par les jeunes pour les jeunes.

L'évaluation de ce programme a permis d'établir le constat suivant : la notion de parité (au sens d'égalité) entre jeunes est difficile à mettre en œuvre, et il est laborieux d'établir une relation équilibrée de collaboration entre jeunes pairs et adultes. En particulier, dès l'instant où le jeune est « initié » pour informer ses semblables, il n'est plus leur égal : en acquérant le statut d'expert, il devient un « ex-pair ». De plus, les programmes, dits d'éducation par les pairs, sont surtout bénéfiques aux « pairs-formateurs » (2). On risque, par un effet pervers, de voir s'élargir le fossé entre celui qui donne l'information et celui qui la reçoit, augmentant de fait les inégalités.

Le mythe de la mise à distance par les jeunes des modèles dominants

Nous avons observé, dans la qualité et la présentation des productions des jeunes dans le cadre du programme P2P 2010-2011, un conformisme à des approches hygiénistes² voire morali-



santes et à des modèles éducatifs conventionnels ayant montré par ailleurs leurs limites (3-5). La reprise par les jeunes pairs de telles méthodes ne les rend pas plus efficaces. Imprégné d'un déterminisme ambiant, le discours du « pair », bien souvent, va à l'encontre du résultat escompté. Parfois même, le « pair formé » est perçu, voire se comporte, comme un « pair-oquet » (6) (lire l'article de F. Chobeaux p. 15), perdant ainsi toute pertinence dans le programme et tout crédit par rapport à ses camarades. Enfin, dans les échanges exclusifs entre jeunes, on court le risque d'une diffusion d'informations non valides et l'enfermement dans une communication circulaire stérile.

La neutralité chimérique de l'adulte

À travers les phénomènes décrits précédemment se dessine en creux l'influence, délibérée ou non, des adultes dans un dispositif d'éducation par les pairs et leur difficulté à lâcher prise. Pour de multiples raisons, l'éducateur ou le professionnel « responsable » est submergé par des enjeux personnels ou institutionnels qui l'empêchent réellement de sublimer la recherche de sens des adolescents. Ainsi, entre un effacement en demi-

teinte et une prise de contrôle masquée, le risque est grand pour l'adulte d'évoluer aux limites de la démagogie. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'ait pas une juste place à prendre et un rôle éminent à jouer auprès des jeunes, mais lesquels ?

Pour des échanges bilatéraux rééquilibrés

Lors de la journée P2P 2011, quatre-vingt-treize collégiens et lycéens ont été interrogés sur le mode de communication qui leur apparaît le plus pertinent pour parler de santé. Ils sont 63 % à choisir un dispositif où jeunes et adultes se parlent. Pour préciser leur choix, ils déclarent attendre que l'adulte fasse part d'une expérience et apporte une expertise de contenu.

Le modèle de communication « entre-soi », où les jeunes parlent aux jeunes, est retenu par 36 % des interrogés. Ceux-là justifient leur choix par la recherche d'empathie auprès d'autres jeunes, mais aussi pour certains par le refus du conseil moralisateur de l'adulte.

L'expert : ni pair, ni père

Au fil des discussions qui ont eu lieu tout au long du programme, les jeunes

ont exprimé leur lassitude face à la répétition et à la teneur des messages de prévention et une certaine réserve concernant la qualité des actions d'éducation pour la santé mises en place dans leurs établissements³. Cela ne signifie pas pour autant que ces adolescents/élèves ne soient pas en demande d'intervention de la part de l'adulte/éducateur (lire le propos de Dominique Berger dans La Santé de l'homme n° 419 - mai-juin 2012), mais qu'ils attendent autre chose. En premier lieu, ils espèrent des réponses aux questions qu'ils se posent, et non des prescriptions pour satisfaire aux angoisses de leur entourage familial ou éducatif. Ainsi, ils préconisent aux professionnels d'interpeller les parents « Expliquez-leur ! » pour dédramatiser les situations, tout en désirant paradoxalement adresser eux-mêmes des messages « choquants » aux jeunes.

Concrètement, les collégiens souhaitent plus de participation à des actions éducatives faisant appel à leur créativité et aux nouvelles technologies, mais réclament aussi des expériences de vie en commun (comme des séjours collectifs hors milieu scolaire). Les lycéens aspirent quant à eux à la mise à disposition dans leurs établissements de lieux de rencontre et de parole où ils pourraient accueillir les témoins de la « vraie vie ». Par conséquent, il semblerait que les jeunes soient davantage demandeurs d'un « faire ensemble » plutôt que d'un « faire pour ou à la place de », les adultes étant invités à leurs côtés, mais cantonnés dans un strict registre d'expertise et « d'intendance ».

Quels enseignements ?

Pair à pair : mythe et réalité

Sans pouvoir détailler ici tous les enseignements issus de l'évaluation, il faut relever l'aspect illusoire d'un système de communication construit sur la seule supposition de relations isométriques (équilibrées) entre deux groupes. D'abord parce que cette symétrie apparaît imparfaite, fragile et instable, et surtout parce qu'on ne peut imaginer qu'elle s'exprime sans le « parasitage » d'éléments extérieurs, fussent-ils bienveillants. Le risque étant, même sans volonté délibérée de manipulation, que ce système d'éducation par les pairs soit dévoyé et serve des enjeux étrangers aux principaux intéressés, faisant écran à leurs réelles pré-

occupations. On se retrouverait alors dans une situation paradoxale proche d'un effet pervers d'étiquetage, dans laquelle décideurs et professionnels se défausseraient sur une population, pour lui faire prendre entièrement en charge la responsabilité d'un problème qui la dépasse (*lire le dossier Stigmatisation : quel impact sur la santé ? La Santé de l'homme n° 419 - mai-juin 2012*). En cela, grande est la responsabilité des adultes/éducateurs de veiller aux conséquences contre-productives, voire stigmatisantes, d'entreprises éducatives qui, pour des raisons de « parité », se révéleraient inévitables et/ou culpabilisantes.

Plus d'éthique et plus de politique pour plus d'équité

Afin d'éviter cet écueil, lors de la deuxième session 2011-2012, nous avons reconsidéré notre approche pour interroger les jeunes⁴, puis les confronter à leurs interlocuteurs habituels (à savoir les équipes éducatives et de santé de leurs établissements) mais aussi aux « professionnels » de prévention et santé de la région. Par ailleurs, associer le plus large panel d'acteurs était une façon de ne pas se défausser tout en acceptant la « responsabilité émancipatrice » des jeunes.

L'adulte attendu... mais espéré autre

Paradoxalement, un dispositif d'éducation pour la santé par les pairs, par et pour les jeunes, interpelle en premier l'adulte ! Reconnaître la capacité des jeunes à prendre en charge une

part de responsabilité et d'animation dans une politique de santé publique, nécessite de leur accorder une autre place dans la société et, pour les adultes et professionnels, de porter un autre regard sur ces adolescents. Donc de rester respectueux de la richesse et de la sensibilité des adolescents qui « globalement vont bien mais se sentent souvent mal traités » (7). Cela implique également de la part des adultes de renoncer à leur positionnement d'éducateur pour passer à un statut d'accompagnateur, de descendre du piédestal de l'expert vers un simple rôle de conseiller. Ces acceptations, loin de traduire un abandon des responsabilités, sont le socle d'une relation équitable propice à la co-construction du projet éducatif. Pour éviter tout angélisme, il conviendra d'insister sur la nécessité de faire identifier et reconnaître à tous les échelons de la hiérarchie (d'un établissement scolaire par exemple) la teneur du nouveau contrat moral et co-éducatif instauré afin que soient respectés les engagements de chacun.

Tout à inventer ?

Cette réflexion nous invite à proposer, pour l'éducation par les pairs, un schéma de fonctionnement reposant sur une relation de complémentarité de qualité, entre jeunes et adultes. Pour être opérationnel, à partir des préoccupations émises par les jeunes, ce dispositif serait alimenté par la parole experte partagée entre jeunes⁵ et adultes, mais animé par les jeunes pour échanger les messages de santé. En effet, par leurs

codes, réseaux, technologies « embarquées », ils sont leur meilleure ressource pour assurer une démarche d'échange-négociation-informative efficace et pertinente (8). À leurs côtés, les professionnels verraient leur mission clarifiée et repositionnée dans un rôle d'accompagnateur vigilant de leur épanouissement. Et le concept d'« éducation par les pairs »⁶ s'orienterait alors davantage vers une approche d'« éducation de pair à pair ». La parité porterait ainsi sur la qualité de la relation entre les différents protagonistes (pairs-formateurs, pairs bénéficiaires, adultes, éducateurs, experts mais aussi institutionnels, collectivités territoriales, etc.) du programme. Parce qu'effectivement, il y a à apprendre des uns et des autres, parfois hors des cadres formels en des lieux diversifiés, les jeunes sont demandeurs d'« expériences » à vivre ou à entendre, de contacts concrets, de confrontations. La société devrait pouvoir y répondre. Et l'École pourrait être un de ces lieux. À condition d'être repensée dans son fonctionnement.

Jean-Christophe Azorin

Enseignant,

Epidauré – Pôle prévention du CRLC Val d'Aurelle, Montpellier,

Lorène Burcheri

Chargée de projet,

Codes du Var,

Marie Lhosmot

Docteur en pharmacie,

École de santé publique, Nancy.

► Références bibliographiques

- (1) Pissarro B. *Médecine communautaire, santé communautaire et promotion de la santé*. Paris : Faculté de médecine Saint-Antoine, 1987 : 3 p.
- (2) Hooks C. et al. *Tanzania NGO cluster peer education assessment report*. Submitted by PATH and FHI to USAID/Tanzania, October, 1998.
- (3) Houssaye J. *Le triangle pédagogique*. Théorie et pratiques de l'éducation scolaire. Berne : Peter Lang, 2000 (3^e éd.), coll. Exploration : 299 p.
- (4) Houssaye J. *Premiers pédagogues : de l'Antiquité à la Renaissance*. Paris : ESF, coll. Pédagogies, 2001 : 448 p.
- (5) Backett-Milburn K., Wilson S. Understanding

peer education: insights from a process evaluation. *Health Education Research*, 2000, vol. 15, n° 1 : p. 85-86.

(6) Oakley P. *L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : analyse des principaux problèmes*. Genève : OMS, 1989 : 85 p.

(7) Chobeaux F. La prévention par les pairs : attentes et limites. *Le Courrier des addictions*, juillet-août-septembre 2011, vol. 13, n° 3 : p. 13-14.

(8) Éducation à la sexualité, du social à l'intime : l'émergence d'Internet et des réseaux sociaux [dossier]. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2012, n° 418 : p. 9-43. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-418.pdf

1. Epidauré – Pôle Prévention du CRLC Val d'Aurelle, Centre Ressources Prévention Santé, académie de Montpellier.

2. Résultats de l'enquête « P2P » sur le site www.epidauré.fr

3. Voir sur le site www.epidauré.fr le film Prévention, paroles de jeunes, réalisé à cette occasion.

4. Schoene M. Session 4 : L'éducation pour la santé par les pairs. 2^e Journées de la prévention de l'Inpes. Maison de la Mutualité, Paris, 29 mars 2006. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2006.asp#4>

5. Il convient d'être vigilant pour éviter que les jeunes se dénie toute capacité d'expertise.

6. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime offre cette définition de l'éducation par les pairs : « le recours à des éducateurs ayant le même âge ou la même expérience pour transmettre des messages d'éducation à un groupe-cible... » De même, le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (Onusida) définit l'éducation par les pairs comme « une approche, un circuit de communication, une méthodologie, une philosophie et une stratégie. L'éducation par les pairs sert souvent à susciter un changement au niveau de l'individu en tentant de modifier ses connaissances, ses attitudes, ses croyances ou ses comportements ».

« Sans clope, je suis au top ! » : quand l'éducation par les pairs fait un tabac

L'éducation par les pairs suscite un intérêt croissant chez les acteurs de la prévention. C'est pourquoi nous avons testé cette méthode en prévention du tabagisme. Des élus du conseil départemental des jeunes de l'Hérault ont conçu, réalisé et évalué le projet « Sans clope, je suis au top ! ». En voici les principaux résultats.



Depuis 2001, le conseil général de l'Hérault, en partenariat avec la direction des services départementaux de l'Éducation nationale de l'Hérault, permet aux collégiens de 5^e et 4^e d'exercer des responsabilités d'élus juniors au conseil départemental des jeunes (CDJ)¹. L'élus junior est le relais auprès des jeunes de son collège et peut (de fait) devenir pair éducateur. L'éducation par les pairs est par définition l'éducation des enfants, jeunes ou adultes par d'autres personnes du même âge, ayant une histoire, une culture ou un statut social commun. L'éducation par les pairs part de l'hypothèse qu'on est plus susceptible d'écouter et de réagir à la sensibilisation si celle-ci est menée par ses pairs (1). Cette approche s'est développée au cours des dernières années sans qu'un fondement théorique puisse être toujours clairement identifié, même si certains chercheurs comme Céline Bellot et Jacinthe Rivard

proposent une synthèse de ces fondements théoriques (*lire l'article p. 18*) (2). Ainsi, par exemple, l'éducation par les pairs semble indiquée en prévention tabac (3). En Languedoc-Roussillon, l'âge d'initiation au tabac est de 13,5 ans (4) et l'influence des pairs dans l'initiation au tabac est majeure (5).

Descriptif du projet

Les quinze élus juniors de la commission Sport-Santé ont conçu, co-animé avec des professionnels, et organisé l'évaluation d'un projet de prévention du tabagisme. Selon leur propre observation, la prévention, pour être efficace, doit être choc et faire vivre des expériences. Dans cette optique, ils ont décidé d'élaborer trois outils : un film, des affiches et l'organisation d'une course (un cross). Pour réaliser le film, les jeunes ont imaginé l'histoire, élaboré le scénario, joué les personnages. Ils ont

bénéficié de l'aide de l'association Champ-Contrechamp. Validé par le médecin conseiller technique de l'inspecteur d'académie, ce film de dix minutes met en scène quatre jeunes : deux acceptent une cigarette et deux la refusent. Cette fiction est complétée par l'interview d'un patient atteint d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Les élus du conseil départemental des jeunes ont animé les séances de projection, aidés de professionnels de l'animation (conseil général) et de la santé (Souffle L'R, clinique du Souffle). Dans un collège, des patients ayant une BPCO sont venus témoigner. Chaque séance comportait la projection du film, un débat et un atelier éducatif : le test de paille². Les élus juniors ont également construit avec l'aide d'Epidaure³ un auto-questionnaire anonyme d'évaluation pour le public.

Au terme du mandat, un entretien collectif qualitatif a été réalisé auprès des pairs éducateurs. Ils ont présenté en assemblée plénière, co-présidée par le président du conseil général et l'inspecteur d'académie, leur action de prévention aux autres commissions. Le conseil général a distribué ce film, dès la rentrée 2011-2012, à tous les collèges de l'Hérault.

Résultats

Sur les trois outils que les élus du conseil départemental des jeunes souhaitaient développer, seul le film a pu être réalisé sur l'année scolaire 2011-2012. Sa réalisation a nécessité cinq demi-journées de travail. Notons que l'idée d'insérer au film le témoignage de patients malades n'a pas suscité, au

départ, l'unanimité des professionnels.

Trente-deux séances d'une heure ont été menées auprès de sept cents élèves de sept collèges⁴. Pour organiser ces séances, l'appui d'un encadrant a parfois été nécessaire afin d'aider l'élus junior. Durant le mandat, dix jeunes ont assuré leur mission de bout en bout, trois ont abandonné et deux ont dû partir à cause d'un changement de collège.

L'évaluation met en évidence leur plaisir d'avoir travaillé sur les étapes du projet. Spontanément, ils estiment que cela leur a permis de développer leurs compétences psychosociales (estime de soi, confiance en soi), leur capacité à travailler en groupe et à prendre la parole. Une évaluation a également été réalisée auprès de 321 élèves, soit un taux de réponse de 92 %. L'échantillon était constitué de 53 % d'élèves en 6^e, 47 % d'élèves en 5^e avec 51 % de garçons. Les élèves étaient majoritairement non fumeurs (87 %), même si 38 % s'étaient déjà vu proposer une cigarette

et que 45 % l'avaient acceptée. L'interview du patient dans le film a suscité des réactions. Il s'agit de l'élément qui a recueilli la plus forte adhésion (53 %) des élèves. Le débat a par ailleurs nécessité l'intervention des adultes car les pairs éducateurs manquaient de connaissances approfondies sur le sujet et de techniques d'animation. Les adultes étaient systématiquement présents pour que les pairs éducateurs ne soient pas seuls et donc en difficulté. Mais 42 % des élèves ont indiqué avoir préféré que ce soit des jeunes qui leur parlent du tabac. Certains trouvent plus facile de discuter avec eux, tandis que d'autres apprécient que les adultes aient plus d'expérience. Enfin, 75 % des élèves ont estimé que l'animation les aidera à dire « non » à la cigarette et 76 % ont estimé qu'elle leur donnait envie de conseiller à leur entourage d'éviter le tabac.

Conclusion

Ce projet montre la faisabilité d'une action d'éducation par les pairs en collège. La méthode est appréciée par les élèves et aurait un impact sur leurs capacités à résister aux pressions extérieures. Les pairs éducateurs, quant à eux, apprécient l'acquisition de compétences psychosociales utiles pour leur avenir. Ils estiment avoir développé leur sens de l'autonomie, des responsabilités et du travail en groupe. Les adultes ont été indispensables pour accompagner les jeunes dans la démarche de projet, l'animation des séances et la validation des

informations. Il s'agissait de professionnels provenant de secteurs différents (animation, sport, santé, prévention, éducation), et qui ont partagé leurs expériences et représentations avec les élus juniors. Suivre les idées des élus juniors leur a aussi permis de réfléchir sur l'évolution de leur propre pratique. Ces résultats renforcent l'idée qu'en impliquant toute la communauté éducative, dont les jeunes, on peut optimiser l'efficacité des actions de prévention (6).

Marie-Ève Huteau

Chargée de projets, tabacologie,

Epidaure – Pôle prévention
du CRLC Val d'Aurelle, Montpellier,

Adrien Granier

Éducateur sportif et animateur au CDJ,
Hérault Sport, conseil général de l'Hérault,

Aude Arino

Chargée de projets,
Comité régional des maladies respiratoires
de l'Hérault (Souffle L'R), Mireval,

Christine Davy-Aubertin

Médecin conseiller technique,
responsable départemental,
Direction des services départementaux
de l'Éducation nationale de l'Hérault,

Christian Bénézis

Conseiller général, vice-président
délégué à la santé, prévention, jeunesse,
au sport, loisirs, bien vieillir,
conseil général de l'Hérault,

Anne Stoebner-Delbarre

Médecin de Santé publique,
tabacologue, addictologue,
Epidaure – Pôle prévention
du CRLC Val d'Aurelle, Montpellier.

Remerciements

Nous remercions les élus juniors et leurs suppléants pour leur investissement : Talib Akkouch, Margaux Berlou, Moïse Bernard, Siham Boulali, Léa Brousse, Yaël CharDET, Périne Cœuret, Célia Delaforge, Ambre Deleris, Théo Egnell, Amin El Amrani, Marine Goutines, Thomas Hatchane, Abdelkader Kébir, Théo Mangiapan, Julie Miquel, Victor Nègre, Julien Pages, Gautier Pinard, Shane Santanastasio, Célia Seguié, Lucas Théron, Marine Thiebaut.

► Références bibliographiques

(1) Harden A., Weston R., Oakley A. A review of the effectiveness and appropriateness of peer-delivered health promotion interventions for young people. London : EPPI-Centre, 1999 : 179 p. En ligne : <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=255>

(2) Turner G., Shepherd J. A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*, 1999, vol. 14, n° 2 : p. 235-247. En ligne : <http://her.oxfordjournals.org/content/14/2/235.abstract>

(3) Campbell R., Starkey F., Holliday J., Audrey S., Bloor M., Parry-Langdon N., et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet*, 2008, vol. 371, n° 9624 : p. 1595-1602. En ligne :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2387195/?tool=pubmed>

(4) Spilka S., Le Nèzet O., Laffiteau C., Legleye S. Analyse régionale Escapad 2008. OFDT, 2009. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD_len/ESCAPAD/2008_LANGUEDOC_ROUSSILLON.xhtml

(5) Birkui P., Youssi D., Osman M., Lepetit D., Arcival C., Rubal J., et al. Prédominance de l'influence du meilleur ami dans l'initiation au tabagisme des collégiens. *Alcoologie et Addictologie*, 2001, tome 23, n° 2 (suppl.) : p. 13S-17S.

(6) Carson K.V., Brinn M.P., Labiszewski N.A., Esterman A.J., Chang A.B., Smith B.J. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, vol. 7 : CD001291.

1. Le conseil départemental des jeunes (CDJ) permet aux jeunes élus de participer à la vie de leur collège, en découvrant l'activité politique et en expérimentant la mise en œuvre d'un projet. Chaque mandat a un fonctionnement et des thèmes de commissions qui lui sont propres. Pendant un mandat de deux ans, l'élus junior est le relais auprès des jeunes de son collège. Il bénéficie d'une formation initiale de trois jours. Puis, pendant son mandat, il participe à onze journées de commissions en réunions ou en assemblées plénières.

2. Le test de paille : non invasif et facile à réaliser, il permet une prise de conscience et un ressenti direct d'un manque d'oxygène sur sa respiration. Le matériel se compose : d'un pince-nez, d'un morceau de sparadrap troué en son milieu, de deux pailles de diamètre de 3 mm et 5 mm pour une longueur de 5 cm. La personne se pince le nez, place le sparadrap sur sa bouche et y introduit l'une des deux pailles. Puis, elle reste statique ou réalise des mouvements simples. Au bout de quelques instants, elle perçoit progressivement le manque de souffle. Les personnes qui réalisent ce test doivent être volontaires et ne pas éprouver de difficultés pour respirer. Utilisée dans le cadre de ce projet, l'idée était de permettre aux collégiens de faire le parallèle entre ce test et l'interview du patient atteint de BPCO.

3. Epidaure – Pôle prévention du CRLC Val d'Aurelle, Montpellier

4. Collège de Bédarieux, Bessan, Fabrègues, Ganges, Lodève, Montpellier (les Aguières), Saint-Chinian.

Quelles méthodes pour l'évaluation des projets d'éducation à la santé par les pairs ?

Le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse encourage les actions innovantes améliorant l'accès à la prévention et aux soins pour les jeunes. Il a notamment développé et évalué quatre projets de prévention par les pairs. L'évaluation souligne l'intérêt de ces actions, la nécessité de les inscrire dans la durée avec un temps alloué suffisant, en particulier pour l'accompagnement des jeunes médiateurs par les adultes.

Lancé à l'automne 2009, le deuxième appel à projets du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (Fej) encourageait à proposer des projets innovants permettant d'améliorer l'accès aux soins des jeunes. Cette démarche d'expérimentation trouve sa source dans les travaux de la commission de concertation sur la politique de jeunesse et dans la rédaction du Livre Vert *Reconnaître la valeur de la jeunesse*, publié en juillet 2009. L'objectif de « mobiliser les jeunes sur la prévention et l'éducation à la santé » (1) fixé par le Livre Vert était assorti d'une méthode : il préconisait en la matière de lancer des expérimentations afin de soutenir de nouvelles démarches de prévention.

Le Fej, dans le cadre duquel ont été initiés ces projets, est un « laboratoire de politiques publiques », qui finance l'expérimentation de ces actions innovantes mises en œuvre à une échelle limitée et évaluées de manière rigoureuse et systématique. Dès son lancement, chaque expérimentation associe ainsi une structure porteuse d'un projet à un évaluateur indépendant, sur la base d'un protocole d'évaluation validé par des jurys de sélection. Les évaluations mobilisent des méthodes multiples qui doivent s'adapter aux objectifs et aux caractéristiques des projets (2). Il ne s'agit pas simplement d'assurer le suivi des actions entreprises dans le cadre du projet ni de contrôler la conformité au programme d'action défini : l'objectif principal est de recueillir des éléments de preuve afin de savoir si le dispositif expérimenté améliore effectivement la situation des personnes qui en bénéficient.

Les évaluations des projets expérimentaux s'inscrivent dans un ensemble

plus vaste de résultats de recherche sur les politiques publiques. Leur spécificité consiste toutefois à s'appuyer sur l'expérimentation pour isoler des situations particulières ou des aspects d'un dispositif dont on cherche à évaluer l'impact.

Quatre expérimentations de prévention par les pairs

Parmi les vingt-cinq expérimentations retenues par le Fej en matière de santé, treize projets visent à innover dans la conception et la diffusion de messages de prévention. Parmi ces projets, quatre¹ proposent d'expérimenter des formes de prévention par les pairs. Le principe d'une évaluation commune à ces quatre projets a été retenu, afin que l'évaluateur puisse développer une analyse comparative.

Le Fej a identifié, lors de l'écriture de l'appel d'offres, trois axes de travail pour l'évaluation :

- l'efficacité des modes de repérage des jeunes médiateurs et des modes de sélection des jeunes ciblés ;
- l'efficacité du rôle des jeunes médiateurs ;
- et l'évolution des comportements de santé et des trajectoires scolaire et professionnelle des jeunes ciblés.

Afin de répondre à ces objectifs, une évaluation reposant, d'une part, sur la confrontation des points de vue des acteurs, des jeunes médiateurs et des jeunes ciblés, et, d'autre part, sur des phases d'observation, a été menée². Ce choix méthodologique tient au caractère exploratoire des dispositifs expérimentés ainsi qu'à la nécessité de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans les projets de prévention par les pairs.

Jeunes médiateurs : des rôles variés

Les quatre projets expérimentaux sélectionnés reposaient initialement sur des formes différentes de prévention par les pairs, notamment du point de vue de la conception du rôle des jeunes médiateurs. Considérés comme vecteur d'information auprès de leurs pairs, ils étaient dans certains projets également à l'initiative d'actions à destination des autres jeunes. L'évaluation menée devait ainsi être en mesure d'analyser l'appropriation par les territoires et les acteurs de cette nouvelle démarche, ainsi que l'adhésion des jeunes médiateurs et des jeunes ciblés, en procédant à une comparaison des quatre démarches expérimentales. Les méthodes qualitatives d'évaluation permettent cette comparaison. L'observation du déroulement du projet et le croisement des regards des différents protagonistes (discours sur la démarche initiée et réorientations éventuelles, interactions entre les acteurs, etc.) aident ainsi à comprendre les logiques opérationnelles à l'œuvre.

Recueillir le point de vue des jeunes

L'évaluation menée permet d'analyser les mécanismes de prévention par les pairs en recueillant le point de vue des jeunes. Ce type de prévention repose en effet sur la reconnaissance des jeunes médiateurs comme pairs, considérés alors comme « personnes ressources » sur les questions de santé, ainsi que sur la participation des jeunes ciblés à certaines de leurs actions. Une approche qualitative mêlant phases d'observation et entretiens collectifs constitue pour ce faire un outil adapté.



Le mécanisme de reconnaissance dépend de l'identité des jeunes médiateurs et donc du processus de sélection mis en œuvre par les acteurs. Celui-ci est lié aux représentations des acteurs sur la démarche de prévention par les pairs elle-même. L'évaluateur, par sa présence prolongée auprès des jeunes et des acteurs du projet, établit une relation de confiance et peut ainsi interroger les conceptions de chacun, et observer les interactions des protagonistes, sans être un élément perturbateur³.

Une évaluation proposant une mesure chiffrée de l'impact des projets sur les jeunes bénéficiaires pouvait apparaître comme souhaitable. Il aurait été intéressant, par exemple, de différencier l'effet d'une campagne d'information classique de celui de l'implication de jeunes médiateurs. En effet, la question de l'impact de l'identité de la personne donnant l'information sur la modification de comportement a été peu traitée dans la littérature⁴. Les projets concernés ne réunissaient toutefois pas l'ensemble des conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une telle évaluation, en particulier du fait de l'hétérogénéité des projets, du nombre réduit de bénéficiaires et de la difficulté à prendre en compte leurs spécificités.

Premiers enseignements de l'évaluation

L'ensemble de ces raisons ont poussé à la conduite d'une évaluation fondée sur des méthodes qualitatives. Les éléments transmis à ce jour par l'évaluateur suggèrent de premiers enseignements quant à la mise en œuvre des projets, et en premier lieu la nécessité d'inscrire l'action dans la durée. En effet, les jeunes médiateurs en fin de scolarité secondaire ont pu regretter de n'avoir pu disposer d'un temps suffisant pour mettre en place l'ensemble des actions envisagées. La sélection des jeunes médiateurs doit ainsi intégrer la contrainte d'une disponibilité pour le projet suffisamment longue. L'évaluateur met ensuite en avant la question du temps dévolu au projet en général et à l'accompagnement

dispensé par les adultes aux jeunes médiateurs en particulier. Donner les moyens à ces derniers de définir leur projet, d'en organiser la mise en œuvre, s'avère indispensable à la réussite, et les volumes horaires en jeu ont pu être sous-estimés. Il apparaît enfin capital de travailler à l'implantation du projet dans la structure concernée, l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés supposant que la démarche ait été bien assimilée, et pensée en complémentarité avec les propres projets de ces acteurs. Des actions de formation et de sensibilisation en direction de la communauté éducative pourraient à ce titre s'avérer efficaces.

Les résultats détaillés feront l'objet d'un rapport final remis à l'automne 2012 (lire l'article d'Éric Le Grand p. 34 pour les premiers résultats). Si la décision de poursuite des dispositifs appartient aux porteurs des projets eux-mêmes, le rôle du FEJ sera de travailler à leur diffusion et à leur capitalisation, afin qu'ils permettent d'éclairer les décisions publiques et d'orienter les pratiques de dispositifs similaires sur d'autres territoires.

**Alexia Pretari,
Mathieu Valdenaire**

Fonds d'expérimentation pour la jeunesse,
direction de la Jeunesse,
de l'Éducation populaire et de la Vie
associative (DJEPVA),

► Références bibliographiques

- (1) Commission sur la politique de la jeunesse. Livre Vert « Reconnaître la valeur de la jeunesse », juillet 2009. En ligne : www.experimentationsociale.fr/IMG/pdf/livre_vert.pdf
- (2) Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative. Rapport du conseil scientifique du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse pour l'année 2011. En ligne : http://www.experimentationsociale.fr/IMG/pdf/Rapport_CS_FEJ_2011.pdf
- (3) Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative. Rapport d'activité 2009-2011. Fonds d'expérimentation pour la jeunesse. En ligne : http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/FEJ_RA_20092011_CorpsRapport.pdf
- (4) Dupas P. Health Behavior in Developing Countries. *Annual Review of Economics*, septembre 2011, vol. 3 : p. 425-449.

1. Il s'agit des projets suivants, retenus lors du deuxième appel à projets :

– Correspondants santé en Côtes-d'Armor (Maison des adolescents des Côtes d'Armor) : créer un réseau de jeunes correspondants santé en milieu lycéen afin d'améliorer la prévention et l'accès aux soins des jeunes.

– Paroles de jeunes : « Faut s'lancer... prendre sa santé en main (mission locale de Moulins) : mobiliser les acteurs de la santé dans une coordination de territoire via la parole des jeunes.

– Santé : un territoire rural mobilisé par et pour sa jeunesse (mission locale de Beaune) : sensibiliser aux problématiques de santé des jeunes, mobiliser des jeunes volontaires pour la diffusion d'information auprès des élus sur la problématique santé.

– Ensemble œuvrons pour que chaque jeune soit acteur de sa santé (Mutuelle de la Somme) : faciliter l'accès aux soins et à la prévention des jeunes en précarité.

Projets en ligne : <http://www.jeunes.gouv.fr/ministere-1001/actions/fonds-d-experimentation-pour-la-1038/#top>

2. La définition de ces objectifs a donné lieu à la publication d'un appel d'offres.

3. Pour un retour sur le recours aux méthodes qualitatives au sein des évaluations du Fej, voir le rapport d'activité du Fej (3).

4. Pour une revue de littérature sur les mesures chiffrées de la modification des comportements de santé, et notamment sur les questions d'impact de la diffusion d'informations, lire l'article de Pascaline Dupas 2011 (4).

Paroles de pairs : « Je me sens utile, mieux dans ma peau. »

Quatre expériences d'éducation à la santé par les pairs soutenues par le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (Fej) ont été évaluées. Une quarantaine de jeunes formés à la prévention ont été interrogés sur leurs motivations et leur ressenti personnel. Témoignages.

Entre septembre 2010 et juillet 2012, une quarantaine de jeunes âgés de 15 à 23 ans, formés à la prévention par les pairs dans le cadre de quatre programmes mis en œuvre sur des territoires différents, ont été interviewés en mission locale, établissement scolaire et structure de loisirs (lire l'article d'A. Pretari et M. Valdenaire p. 32). Nous donnons ici des résultats partiels de ces entretiens¹.

Les motivations des jeunes pairs

Quelles sont les motivations de ces jeunes à se porter volontaire pour s'inscrire dans ce type de programme ?

Quel que soit leur niveau scolaire, social et leur appartenance géographique, l'une des raisons principales de leur engagement repose tant sur « le désir de montrer que les jeunes peuvent faire bouger des choses et changer le regard de l'adulte » que sur l'amélioration – liée à leur proximité d'âge avec les autres jeunes – de la prévention faite par les professionnels « stigmatisante, moralisatrice ». « Qu'est-ce que les adultes savent des jeunes ? Et puis on ne passe pas tout notre temps à boire, fumer, faire l'amour » ; « Dès qu'un adulte parle, y a tout de suite comme une morale, une leçon ; alors le fait que nous, jeunes, on parle à d'autres jeunes, ils vont prendre plus cela pour de l'information que comme une leçon de morale ».

Cette volonté de faire « changer les choses » peut se combiner avec :

- l'engagement pour répondre au mieux à des problématiques ou à un manque que les adultes ne perçoivent pas ou parce qu'ils ont des discours inadaptés : « Le comble ici, c'est qu'il n'y a même pas d'infirmière » ; « la bouffe est dégueulasse » ; « on ne sait pas où aller si on a des soucis de santé » ; « les internes, ils ont des problèmes de santé, mais peu de personnes s'en occupent » ;
- l'engagement lié à une expérience personnelle pour éviter qu'une situa-

tion dramatique ne se reproduise chez d'autres jeunes : « Moi à 16 ans, je suis tombée enceinte, je n'ai pas osé le dire, personne ne m'a aidée, c'est pour cela que je ne veux pas que cela se reproduise. » ;

- l'engagement de proximité : « Nous, on entend des choses que les jeunes disent, on sait leur problème, et ils ne trouvent pas de réponses, on pourrait les aider. »

Les effets ressentis

Quels sont les effets ressentis par les jeunes pairs ? Voici, globalisées par grands thèmes, les réponses apportées par les jeunes lors de nos entretiens.

- La sensation d'un enrichissement personnel, d'avoir une utilité, une reconnaissance sociale : « Moi, dans mon quartier, dans ma famille, on me demande des choses sur la santé, je me sens utile ». Un autre : « Je me sens bien mieux dans ma peau. Moralement, cela va mieux, quelque chose de concret et de positif dans ma vie ». Ou encore : « Moi maintenant, quand je vais demander quelque chose au conseiller principal d'éducation, il a appris à me faire confiance et il voit que je ne suis pas qu'une "déconneuse", je lui montre que le lycée peut aussi être un lieu où on ne fait pas que du bourrage de crâne ».
- L'amélioration des relations personnelles : les jeunes sentent qu'ils ont plus de facilité à s'exprimer auprès de leur famille, de leur conjoint ou petit ami, voire auprès d'autres professionnels : « Je vais plus vers les autres, je suis moins timide ». « Le fait de rencontrer des gens, de travailler en groupe, cela peut nous apporter que du bien, de présenter notre projet, on est plus à l'aise ».
- L'amélioration des connaissances sur la santé : « Ma participation à ce programme m'a aidée à mieux connaître mon corps, la contraception... Grâce à cela, j'ai pu voir que je faisais certaines erreurs, j'ai donc changé ma contraception ». Second élément : le change-

ment d'image des professionnels et une amélioration de la connaissance des structures existantes sur un territoire : « Le CMP (NDLR : centre médico-psychologique), j'étais passé devant... ça me paraissait un peu bizarre, presque enfermé quoi, et quand on est rentré dedans, c'était plus convivial, plus chaleureux... cela peut être utile pour moi et pour les autres jeunes ».

Le sentiment de proximité

Ces différents éléments rejoignent les analyses proposées par l'Inserm sur les effets ressentis par les jeunes pairs (lire l'article p. 17). Mais qu'en est-il de la perception, par les jeunes, de ces groupes de pairs formés ?

Les entretiens menés auprès de jeunes « ciblés » par des actions confirment l'importance du lien de proximité : « C'est très bien que ce soit des jeunes qui parlent de santé, cela nous change. Les jeunes sont plus à notre écoute et à notre portée, on peut se confier plus facilement ». « Ils vivent les mêmes choses que nous, la communication est plus facile parce que le jeune explique mieux »... Un autre : « C'est moins pénible car on n'écoute pas les adultes quand on est jeune ».

Si pour les jeunes ciblés, la proximité d'âge apparaît comme un atout favorisant la communication des messages de prévention, la crédibilité et la confiance accordées à ces « jeunes pairs investis » sont liées avant tout au fait qu'ils ont « fait des recherches et ont travaillé avec des professionnels de santé ». D'une certaine façon, l'adulte ne s'efface pas de ce type de programme.

Éric Le Grand

Sociologue, consultant en promotion de la santé.

1. Les résultats définitifs de l'évaluation paraîtront à l'automne 2012. Ils incluront aussi la perception des porteurs de projets et des professionnels.

Haute-Normandie : un programme d'éducation par les pairs au banc d'essai

En Haute-Normandie, le programme « Suricates » de formation par les pairs, axé sur la lutte contre le tabagisme, a été évalué en profondeur. Les résultats sont partagés : un impact positif est bien constaté, mais il est difficile de l'imputer au programme. Au rayon des certitudes : la formation des jeunes pairs et de leurs référents adultes concourt à la réussite, mais elle suscite parfois la réticence de certains professionnels.

Le présent article prend appui sur deux publications récentes (1, 2) qui rendent compte des aspects méthodologiques et de l'impact d'un projet d'éducation par les pairs, « Suricates¹ », mis en place par le comité régional d'éducation pour la santé de Haute-Normandie sur la période 2004-2008.

S'intéresser aux résultats d'un projet d'éducation pour la santé implique nécessairement un positionnement en amont en matière de méthodologie de l'évaluation. Lors du programme « Suricates », un référentiel d'évaluation a été construit (3), partagé entre les différents acteurs : le centre régional d'éducation pour la santé (Cres) – actuellement Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) – et l'observatoire régional de la santé (ORS) ; les établissements scolaires et différentes associations ; les acteurs individuels (médecins tabacologues, infirmières scolaires, etc.). Ce référentiel développe une approche participative entre les différents protagonistes qui a permis l'émergence de trois axes essentiels à mesurer pour l'évaluation :

- l'adéquation du dispositif par rapport au contexte ;
- son efficacité au regard des objectifs fixés et des résultats obtenus ;
- la pertinence des résultats à différents niveaux (équipe de lycéens, établissement scolaire, programme régional ou national d'éducation pour la santé).

Partenariat et leadership

L'élaboration et la mise en œuvre du programme « Suricates » ont donné lieu à plusieurs constats : la multiplicité des

acteurs, la nécessité de conventions formelles, l'apparition de nouveaux acteurs en cours de projet et, enfin, des temporalités différentes suivant la place occupée par chaque acteur. En ce sens, les acteurs du programme ont établi des relations particulières, parfois différentes des logiques collaboratives qu'ils entretenaient habituellement. Et quelquefois, au-delà des consensus, ils ont été confrontés à des enjeux de leadership. Une telle évaluation peut donc comporter le risque d'exposer les personnes (dans leurs valeurs, croyances, et/ou leurs compétences professionnelles), les institutions (positionnements politiques et interinstitutionnels, etc.) et les structures associatives (en matière de positionnement par rapport aux autres partenaires associatifs et institutionnels mais également en termes de « survie » si l'on considère les aspects financiers sous-jacents au projet et aux futures réponses aux appels à projets).

Impulser une dynamique et renforcer les compétences

Cependant, le recours à un référentiel pour évaluer un programme selon une approche participative permet d'accroître l'objectivité de l'évaluation, car cela facilite notamment le partage de l'information entre les acteurs. Il permet en effet, d'une part, d'identifier les « goulots d'étranglement » et les causes des dysfonctionnements observés – ce qui permet ensuite d'impulser une nouvelle dynamique au projet –, d'autre part, de contribuer au développement du savoir-faire des acteurs. Dans le cas de « Suricates », l'évaluation

réalisée a ainsi favorisé le renforcement des partenariats entre des acteurs qui n'étaient pas initialement en relation, et la transformation des cultures professionnelles par le partage des expériences et l'ouverture aux logiques professionnelles des autres, notamment chez les professionnels du monde associatif et ceux du milieu scolaire.

Résultats de l'évaluation

Il ressort de cette évaluation que le dispositif de prévention est bien adapté au contexte régional. Il s'inscrit dans une chaîne de prévention du tabagisme qui va du national au local et a été perçu par l'ensemble des acteurs comme innovant, de qualité, et original par sa démarche qui, contrairement aux dispositifs habituels, vise l'autonomie des jeunes. Pour la plupart des acteurs, la démarche proposée répond globalement aux idéaux de l'intervention en éducation pour la santé. Dans les lycées, le projet a été perçu par les personnels comme étant une sorte de « maillon manquant » par rapport aux actions habituelles de prévention qui privilégient la transmission de contenus, voire même l'interdiction : « *On voulait changer l'approche de la prévention du tabac organisée de façon plus ou moins magistrale : information des élèves assis, personne debout, même s'il y a des échanges* » (une infirmière).

Difficile coordination

Toutefois, le défaut de coordination des acteurs a amoindri l'efficacité du programme. Un certain nombre de dysfonctionnements ont été relevés, avec

principalement le désintérêt des enseignants (48 % du discours sur les dysfonctionnements) : « *Les infirmières scolaires sont beaucoup impliquées ; les enseignants beaucoup moins. Dans un lycée où tu as 250 profs, c'est l'infirmière, qui parfois travaille à mi-temps, qui porte tout !* » (un intervenant). Ce que l'on peut considérer comme une confrontation de cultures professionnelles n'a pu être surmonté que très progressivement malgré l'intérêt porté par tous à l'approche par les pairs. D'où un problème de coordination des interventions, lequel a eu des répercussions sur les objectifs quantitatifs fixés et le nombre de désistements chez les élèves : « *On a perdu des élèves "pairs" en cours de route, ils ont fini à dix alors qu'au départ, ils étaient dix-huit* » (une infirmière).

Les élèves se sont mieux approprié le programme

Pour en revenir aux aspects positifs, les transformations qualitatives observées chez les acteurs sont de trois types, relatives aux élèves ayant participé au programme, à l'environnement (lycées et collectivité territoriale, c'est-à-dire la région) et aux pratiques professionnelles des intervenants. La principale transformation relevée chez les lycéens ayant été « pairs » concerne l'accès à l'autonomie (l'engagement et leur capacité à s'approprier le programme occupent 40 % du discours). Viennent ensuite : la sensibilisation sur le tabagisme (18 %), la formation personnelle notamment à la démarche de projet (13 %) et corrélativement leur capacité à mettre en place des actions de prévention (13 %).

Dans l'environnement des lycées, les transformations relevées concernent d'abord le rayonnement local du lycée (42 % des réponses) à travers des activités regroupant divers partenaires locaux et régionaux et/ou destinés à un public plus large que celui du lycée et des liens tissés avec d'autres établissements. Ensuite, elles concernent l'instauration dans certains établissements d'une dynamique collective de réflexion et d'action pluridisciplinaire (34 %). Enfin, elles se traduisent par des changements des pratiques professionnelles des enseignants impliqués dans le programme (24 %), par une ouverture à d'autres corps de professionnels de l'éducation (conseillers d'éducation,

animateurs de vie scolaire, etc.)² et à la volonté d'intégrer désormais dans leurs enseignements, ou dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), une dimension « prévention du tabagisme ».

L'une des transformations importantes produite par le programme concerne son impact sur les pratiques professionnelles des professionnels intervenants-acteurs : la confrontation des cultures, au-delà des clivages, a provoqué de part et d'autre une prise de recul critique favorable à une modification des pratiques. Ainsi, les éducateurs du monde associatif ont été confrontés aux limites de la relation d'égal à égal qu'ils adoptent habituellement avec les jeunes dont ils ont la charge, face à « l'attentisme » des lycéens. De son côté, le personnel éducatif des lycées (enseignants, infirmiers, CPE, etc.) a perçu les limites de la relation pédagogique verticale (du professionnel vers l'élève) visant la transmission de connaissances et exigeant un plus grand contrôle des élèves lorsqu'il s'agit de l'approche par les pairs.

Impact des pairs : une efficacité difficile à estimer

Bien que l'efficacité ait été variable suivant les contextes, l'ensemble des protagonistes s'accorde à dire que les objectifs poursuivis auprès des jeunes volontaires ont été atteints. Cependant, il est difficile d'identifier la part attribuable à leur participation au projet dans les transformations observées : les élèves concernés n'étaient-ils pas déjà autonomes, indépendamment de l'action proposée ? Enfin, certains adultes encadrants semblent plus à l'aise face aux actions formelles mises en place par les jeunes pairs que face à leurs initiatives informelles sur lesquelles ils n'ont pas d'emprise. Ce constat vaut tout particulièrement dans le domaine de la promotion de la santé où le recours aux « spécialistes », notamment en milieu scolaire, est inscrit dans une sorte d'« habitus collectif intemporel » laissant peu de place à la reconnaissance des compétences d'autres personnes, à commencer par des jeunes pairs. Donc, faire reconnaître le concept d'élèves « acteurs de prévention » dans un établissement scolaire ne va pas de soi ; ceci nécessite en outre un renforcement des compétences des adultes de l'ensemble de la

communauté éducative dans leur capacité à être des référents accompagnateurs. Une réflexion préalable en termes d'éthique est indispensable. Car l'enjeu n'est autre que de donner aux jeunes, dans l'organisation des actions, une place et donc, symboliquement, une part de pouvoir et de responsabilité dans la gestion de leur propre vie et de celles de leurs camarades, au sein de l'institution. Une tâche qui peut être très ardue.

Catalin Nache

Docteur en psychologie sociale,
chercheur attaché au laboratoire ACTÉ,
Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand,
Délégué général, Fédération nationale
Agapsy, Ex-chargé de mission
au Cres de Haute-Normandie,
en charge du programme « Suricates ».

1. Programme expérimental de prévention du tabagisme à travers une approche par les pairs mené par le Cres de Haute-Normandie. Le projet s'articulait autour des actions suivantes : mettre en place des actions collectives sur les effets du tabac en constituant dix équipes de professionnels (un éducateur pour la santé et une équipe scolaire) couvrant le territoire. Ces professionnels encadraient dix groupes de quinze « suricates », élèves volontaires et motivés, pour conduire des actions de promotion d'une vie sans tabac au sein de divers lycées. Le « suricate » est le jeune pair, il est préalablement formé pour mettre en place des actions collectives dans son établissement scolaire et informer/sensibiliser les autres élèves.

2. Le corps des infirmiers étant généralement intégré « d'office » !

► Références bibliographiques

- (1) Nache C., Baba-Moussa A. Impact d'un dispositif d'éducation par les pairs : transformations qualitatives de l'environnement, des acteurs et des pratiques professionnelles. *Santé publique*, 2010, vol. 22, n° 6 : p. 675-683.
- (2) Baba-Moussa A., Nache C. Proposition d'une démarche d'évaluation de processus en éducation pour la santé. *Santé publique*, 2010, vol. 22, n° 4 : p. 449-459.
- (3) Figari G. *Évaluer : quel référentiel ?* Bruxelles : De Boeck, coll. Pédagogies en développement, 1994 : 196 p.

Pour en savoir plus

Les sources d'information proposées dans cette rubrique s'inscrivent dans une approche globale de l'éducation par les pairs essentiellement auprès des jeunes. La littérature généraliste francophone sur ce sujet est à ce jour peu fournie. Nous avons retenu quelques références anglophones. Dans un premier temps, les références proposées dressent un rapide état des lieux de l'éducation par les pairs en proposant une sélection de références sur des actions efficaces auprès des jeunes. Ensuite, des documents d'orientation et d'interventions pour la mise en place d'actions sont décrits. Une brève sélection de sites Internet clôture cette rubrique. Les adresses de ressources et de sites Internet ont été consultées le 17/09/2012.

► Généralités

- À propos des démarches participatives en éducation pour la santé et de quelques supports. In : Arwidson P., Bury J., Choquet M., De Peretti C., Deccache A., Moquet-Anger M.-L., et al. *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise Collective, 2001 : p. 79-98. En ligne : <http://www.inserm.fr/content/download/7310/56261/version/1/file/Texte+integral+education+sante+jeunes+%282001%29.pdf>
- Baudier F., Bonnin F., Michaud C. *Approche par les pairs et santé des adolescents. Séminaire international francophone*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : 221 p.
- Bellot, C., Rivard J. L'intervention par les pairs : un enjeu pour la reconnaissance. In : Baillergeau E., Bellot C. *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?* Québec : PUQ, coll. Problèmes sociaux & interventions sociales, 2007 : p. 173-202.
- Bensalah L., Olivier M., Paty B. Représentations des modes relationnels avec leurs pairs par des enfants de 7 à 10 ans. *Enfance*, 2006, vol. 58, n° 4 : p. 357-376.



- Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2006 : 140 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf>
- Bantuelle M., Demeulemeester R. dir. *Référentiel de bonnes pratiques. 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/1086.pdf>
- International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. *Peer to Peer: Creating Successful Peer Education Programs*. New York : IPPF/WHR, 2004 : 52 p. En ligne : http://www.iwpc.org/ideas/16_peer.pdf
- Le Grand É. Sociologie de l'éducation par les pairs. Quelques réflexions. In : Actes du congrès « L'éducation par les pairs : bilan d'une expérience européenne et perspectives ». (Nice, 9 juin 2011),. Mutualité française, 2011 : p. 22-27.
- *Éducation pour la santé par les pairs*. Session 4. Les journées de la prévention, 29 et 30 mars 2006. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 26 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2006/jp2006_session_4.pdf
- Lagueux N. La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs. *Rhizome*, 2010, n° 40 : p. 11-12.
- Médiation par les pairs : une école de la relation. *Non-violence actualité*, 2009, n° 207 : p. 3-21.
- Portal M. Stress, isolement, avenir étudiants. *La Santé de l'homme*, janvier-février 2010, n° 405 : p. 41-43. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-405.pdf>
- Raynal F. L'alliance des pairs et des professionnels. *ASH*, 2010, n° 2648 : p. 24-27.
- Sandrin Berthon B., Lestage A., Baudier F., Monnot A. dir. *1,2,3... santé. Éducation pour la santé en milieu scolaire*. Vanves : CFES, coll. La santé en action, 1994 : 218 p.
- Schoene M. Le rôle des pairs dans la santé des adolescents. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2006, n° 384 : p. 32-33. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-384.pdf>
- Shiner M. Defining peer education. *Journal of Adolescence*, 1999, vol. 22, n° 4 : p. 555-566.
- Timmermans-Delwart J. *Devenir son propre médiateur. Se connaître, communiquer, transformer ses conflits*. Lyon : Chronique sociale, 2004 : 160 p.
- Turner G. Peer support and young people's health. *Journal of Adolescence*, 1999, vol. 22, n° 4 : p. 567-572.
- Turner G., Shepherd J. A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*, 1999, vol. 14, n° 2 : p. 235-247. En ligne : <http://her.oxfordjournals.org/content/14/2/235.full.pdf>

Éducation par les pairs et sexualité

- Adamchak Susan E. *Youth Peer Education in Reproductive Health and HIV/AIDS: Progress, Process, and Programming for the Future*. Arlington : Family Health International, YouthNet Program, Youth Issues Paper 7, 2006 : 29 p. En ligne : <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/em7o6gq65ntn3p5cdtq2g3pqt5rxhs7afnu64vmmva36aydt65naap6vaxyezz42bvaeuohof6a/YI7.pdf>
- Fregaville O. À Chalon-sur-Saône, des lycéens relais formés à la prévention du sida. *La Santé de l'homme*, janvier-février 2008, n° 393 : p. 6-7. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-393.pdf
- Éducation des jeunes par des pairs. *Optic' jeunes. Santé de la reproduction et VIH/Sida*, 2008, n° 24 : 4 p. En ligne : <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/eqjxeoxgveynkvdprvuhtetux2jciuxaxlvi3qplfkhrmqnt3oc4ajpux4ww4na-huev7oyi3qm4olk/YL24f.pdf>
- OMS. *Lessons Learned in IEC Specific to Reproductive Health*. In : *Information, Education and Communication: lessons from the past; perspectives for the future*. Genève : OMS, 2001 : p. 11. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.22.pdf
- Onusida. *Éducation par les pairs et VIH/Sida : concepts, utilisations et défis*. 1999 : 43 p. En ligne : http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc291-peereduc_fr.pdf
- *Pour une éducation par les pairs efficace. Travailler dans le domaine de la santé sexuelle et génésique et lutter contre le VIH/Sida avec les enfants et les jeunes*. Londres : Save the Children, 2004 : 216 p. En ligne : http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/effective_peer_ed_french_1.pdf
- Svenson G. dir. *Recommandations européennes sur la prévention par les pairs en matière de sida chez les jeunes*. Bruxelles :



- Commission européenne, 1998 : 54 p. En ligne : <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/HIV%20AIDS%20102f.pdf>
- Tardy L. *Pour une approche éthique de la prévention du sida. Évaluation de la formation par les pairs. Étude dynamique de l'approche pédagogique participative de la prévention du sida auprès de lycéens, dans le cadre de l'action formation par les pairs conduite entre 1992 et 1995 par le service prévention de la mutualité de Bourgogne*. Paris : Mutualité Française, 1996 : 165 p.
 - Unesco. *Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned*. Bangkok : Unesco Regional Clearing House, 2003 : 69 p. En ligne : <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001305/130516e.pdf>
 - Vangrevelinghe G. Jacob F. Les « pairs » : un savoir-faire. *Transversal*, 2001, n° 3 : p. 8.

Éducation par les pairs et prévention des dépendances

- Andlauer N. *Le tabagisme et les adolescentes : une expérience de don entre pairs*. Montréal : Université du Québec (à paraître).
- Aquatias S. La prévention par les pairs en milieu festif : démarche et résultats synthétiques d'une action engagée en Seine-Saint-Denis. *Bulletin des Acteurs de la Prévention des Toxicomanies en Seine-Saint-Denis*, 1999, n° 6 : p. 4-5.
- Benard S. Éducation par les pairs en prévention des toxicomanies. In : *Drogue et société d'aujourd'hui à l'an 2000. Actes du 14^e Congrès des communautés thérapeutiques*. Montréal, Vamos et Corriveau, 1992 : p. 815-816.
- Bohrn K., Fenk R. L'influence du groupe des pairs sur les usages de drogues. *Psychotropes*, 2003, vol. 9, n° 3 : p. 195-202. En

ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PSYT_093_0195

- Lallemand D. La prévention de proximité des toxicomanies. Prévention par les pairs et formations sur site. *Les Cahiers Proximités*, 2001, n°1 : 60 p.
- Le Grand É. *Jeunes et conduites à risques : prévenir par les pairs ?* Conférence donnée dans le cadre des Après-M' de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance, Finistère, 8 avril 2010 : 16 p. En ligne : <http://www.odpe.cg29.fr>, rubrique *Les Après-M' de la protection de l'enfance*
- McDonald J., Roche A.-M., Durbridge M., Skinner N. *Peer education: From evidence to practice. An alcohol and other drugs primer*. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, Adelaide, South Australia 2003.
- ONUDC, Réseau mondial de la Jeunesse. *Pair à pair : utiliser les stratégies du pair à pair dans le domaine de la prévention de la toxicomanie*. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2004 : 60 p. En ligne : http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_peer_french.pdf
- Peretti-Watel P. Morale, stigmatisation et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles. *Agora Débat/jeunes*, 2010, n° 56 : p. 73-85.
- Power R., Hunter G., Ward J. Guidelines for peer intervention. *Druglink Information Letter*, 1996, vol. 11, n° 4 : p. 18-19.
- Martineau de Passille L. *La prévention des toxicomanies par l'approche par les pairs*. In : Baudier F., Bonnin F., Michaud C. *Approche par les pairs et santé des adolescents*. Séminaire international francophone. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : p. 81-84.
- Webster R.A., Hunter M., Keats J.A. Evaluating the effects of a peer support programme on adolescents' knowledge, attitudes and use of alcohol and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, 2002, vol. 21, n°1, p. 7-16.

► Évaluation

- Backett-Milburn K., Wilson S. Understanding peer education: insights from a process evaluation. *Health Education Research*, 2000, vol. 15, n° 1 : p. 85-96.
- Baeza C., Nache C. La Normandie teste l'éducation par les pairs. *La Santé de l'homme*, janvier-février 2005, n° 375 : p. 26-27. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-375.pdf>
- Bellot C., Rivard J., Greissler E. L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de rue. *Criminologie*, 2010, vol. 43, n° 1 : p. 171-198.
- Capdupuy C. L'éducation pour la santé par les pairs au lycée. *Les limites d'une expérience*. Diplôme universitaire en éducation pour la santé. Nantes : université de Nantes, 1996 : 65 p. +16 p.
- Chobeaux F. La prévention par les pairs : attentes et limites. *Courrier des Addictions*, 2011, vol. 13, n° 3 : p. 13-14.
- Jacob E. *Évaluation secondaire d'une démarche de prévention par les pairs*. 2000 : 32 p.
- Mercier C., Fortier J., Cordova J. *L'intervention par les pairs auprès des jeunes de la rue du centre-ville de Montréal*. Rapport d'évaluation. Montréal : RRSSM-C, 1996 : 172 p. En ligne : <https://depot.erudit.org/bitstream/000800dd/1/000262pp.pdf>
- Nache Catalin M., Baba-Moussa A. Impact d'un dispositif d'éducation par les pairs : transformations qualitatives de l'environnement, des acteurs et des pratiques. *Santé publique*, 2010, vol. 22, n° 6 : p. 675-683.
- Walker S.A., Avis M. Common reasons why peer education fails. *Journal of adolescence*, 1999, vol. 22, n° 4 : p. 573-577.



► Ressources et sites Internet

• Youth Peer Education Toolkit

Youthnet. USA : United Nations Population Fund, 2005 et 2006.

Cinq ressources ont été conçues à l'intention des directeurs de programmes et formateurs des pairs-éducateurs pour les jeunes, en s'appuyant sur la recherche, les preuves scientifiques et les expériences sur le terrain (Fonds des Nations unies pour la population, FHI/YouthNet et Y-PEER, 2005-2006).

En ligne : <http://www.fhi360.org/en/Youth/YouthNet/Publications/peeredtoolkit/index.htm>

En ligne, on notera en particulier les trois documents ci-dessous :

- *The Training of Trainers Manual* ;
- *Standards for Peer Education Programmes* ;
- *Assessing the Quality of Youth Peer Education Programmes*.

• Non-Violence Actualité (NVA) (centre de ressources)

NVA a pour objectif de répondre aux demandes des particuliers et des institutions, en recherche de documentation, d'outils, de contacts ou de formations, sur les compétences relationnelles et sociales : en particulier la gestion des conflits et la médiation.

BP 20241 – 45202 Montargis Cedex
Tél. : 02 38 93 67 22 – Fax : 09 75 38 59 85
www.nonviolence-actualite.org

• Centre national de documentation pédagogique (CNDP)

Le CNDP propose un site de ressources pédagogiques et documentaires à destination de la

communauté éducative, en faveur de la réussite des élèves. Il dispose d'une base de données en ligne et propose des ressources vidéo. Le réseau du CNDP comprend trente et un centres régionaux de documentation pédagogique. Ces structures offrent notamment : des outils d'enseignement pour la classe sur tous supports ; des revues, des ouvrages de réflexion spécialisés sur l'activité pédagogique et le système éducatif (tous éditeurs).

4, avenue du Futuroscope Téléport 1
BP 80158 86961 Futuroscope Cedex
Tél. : 05 49 49 78 78
<http://www.cndp.fr/accueil.html>

• Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep)

L'Injep est un établissement public national placé sous la tutelle du ministre chargé de la Jeunesse. Il porte l'Observatoire de la jeunesse et des politiques de jeunesse, ainsi qu'un centre de ressources destiné aux acteurs de la jeunesse et de l'éducation populaire. Le centre propose un fonds spécialisé sur les questions de jeunesse, d'éducation populaire, de vie associative et d'animation. Le catalogue du fonds documentaire est consultable sur Télémaque, base de données bibliographiques du centre de documentation de l'Injep.

Centre de documentation de l'Injep :
95, avenue de France
75650 Paris Cedex 13
Tél. : 01 70 98 94 13
documentation@injep.fr
<http://www.injep.fr/>

Sandra Kerzanet,
Documentaliste à l'Inpes.



Éducation à la santé en milieu scolaire : enquête franco-québécoise

Trois chercheurs ont enquêté en France et au Québec sur les actions d'éducation à la santé menées dans les écoles primaires. Si les écoles québécoises associent davantage la famille et les communautés, des deux côtés de l'Atlantique, les programmes les plus aboutis ont une approche globale de la santé, sont inscrits dans la durée, s'organisent en réseau et en large partenariat. Ce type d'intervention est recommandé par les auteurs à la place des actions ponctuelles jugées moins efficaces.



© Photoimages

En France comme au Québec, les enseignants du primaire sont invités à aborder l'éducation à la santé de manière systémique et à l'inscrire au plus près des apprentissages. Cela suppose qu'ils s'approprient l'éducation à la santé et que l'école s'ouvre sur son milieu (famille, quartier). Les résultats présentés ici sont issus d'une recherche réalisée dans douze écoles primaires, six au Québec (région de Montréal) et six en France (Auvergne).

La définition retenue de l'éducation à la santé est que celle-ci peut se

concevoir comme le développement équilibré d'une série de rapports aux autres, à soi, au milieu, au passé et à l'avenir (1), dont l'objectif, modélisé par Lange et Victor (2), est d'amener l'élève, par des opinions raisonnées, à faire des choix éclairés en matière de santé.

Pour analyser les actions en éducation à la santé mises en place dans les écoles, nous avons examiné tout particulièrement la dimension collective de ces actions.

D'abord classifier les actions...

Pour analyser le partenariat, nous avons classé ces actions selon la grille de C. Mérini (3), et ses trois types de structures organisationnelles en réseaux, intitulés « réseaux d'ouverture et de collaboration » (Roc) (Tableau 1).

Chaque réseau a ses propres critères de caractérisation et il n'y a pas entre eux de lien hiérarchique même si le réseau de type 3 (Roc 3) est souvent considéré comme le modèle à atteindre (Tableau 1). Ainsi, l'école

Tableau 1. Les critères de caractérisation des réseaux d'ouverture et de collaboration (Roc)

	Roc 1	Roc 2	Roc 3
Enjeu	information	formation	transformation innovation
Durée	courte : de 1 h à 1 jour	moyenne : de quelques semaines à 1 mois	peut être très longue : plus d'un mois à plusieurs années
Forme du réseau	étoile	binaire	multipolaire
Forme d'ouverture	regard posé momentanément	action	foisonnant

Tableau 2. Objectifs et exemples d'action en éducation à la santé selon le type de rapport instauré

	But	Exemples d'actions en éducation à la santé
Rapport à l'autre	Mettre en avant l'ensemble des interactions de l'élève avec ses pairs, son environnement social et les normes.	Compétition de corde à sauter, travail autour des droits des enfants, jardin collectif, conseil de coopération, travail des codes de vie.
Rapport à soi	Chercher à amener l'élève à prendre soin de lui d'un point de vue sanitaire (tabagisme, pratique régulière d'activité physique) mais aussi dans la maîtrise de ses émotions.	Carnet et passeport santé, yoga, contrôle bucco-dentaire, intervention tabac, alimentation.
Rapport au milieu	Travailler tant dans une perspective de protection de l'environnement que dans celle de l'embellissement ou l'organisation du milieu scolaire pour améliorer la qualité de la vie.	Plantation arboretum, jardin collectif, classe verte, arbre aventure, implantation d'un sentier d'interprétation.
Rapport au passé	Amener les élèves à identifier et à prendre en compte leur histoire ou l'histoire des peuples.	Grands-parents lecture, classe découverte sur thématique historique.
Rapport à l'avenir	Aider les élèves à se projeter dans la suite de leur cursus : passage de la maternelle au primaire ou bien vers le secondaire, réflexion sur leur projet de vie, etc.	Voyages de fin d'année marquant la fin du cycle primaire, rencontre avec le personnel d'orientation en 6 ^e année, visite des maternelles à l'école élémentaire.

peut mettre en place plusieurs actions les combinant, à travers un projet réunissant toutes les classes et la communauté éducative élargie, par exemple.

...ensuite les analyser

Dans un second temps, nous avons caractérisé ces actions selon leur objectif (*Tableau 2*). Puis, nous avons analysé le type de pratiques collectives

mises en place pour réaliser cette action : sous-traitance ou partenariat. En sous-traitance, l'école laisse un expert extérieur intervenir auprès des élèves pour parler d'un sujet précis sans y associer les enseignants. En partenariat, elle peut travailler avec ce même professionnel en établissant des règles de fonctionnement selon les trois cas de figure définis par C. Mérini :

- le professionnel rencontre les élèves de la classe, présente un sujet précis qui est ensuite repris par l'enseignant (réseau de type 1 ou Roc 1) ;
- si cette visite se transforme en ateliers de formation pour les élèves, cette collaboration prend la forme d'un réseau de type 2 (Roc 2) ;
- au-delà, si la collaboration prend la forme d'une action plus concertée avec d'autres acteurs et des objectifs éducatifs bien précis construit collectivement, il s'agit d'un réseau de type 3 (Roc 3).

Résultats de la recherche

L'enquête met en évidence plusieurs résultats.

Lorsque les écoles travaillent en partenariat, les réseaux de type 2 (enjeu : formation ; forme d'ouverture : action) sont les plus fréquents tant en France qu'au Québec. Ces réseaux sont adaptés à des apprentissages construits dans l'action. Autre intérêt : cela permet aux enseignants d'aller au-delà d'une information thématique de type prévention.

En France, quand l'École initie une action en éducation à la santé avec des partenaires territoriaux, le réseau mis en place est de types 2 et 3 (transformation/innovation, multipolaire). Par contre, quand elle fait appel à d'autres intervenants extérieurs (comme les pompiers, les intervenants des différentes ligues de lutte contre le tabac, les toxicomanies, etc.), il est plutôt question de sous-traitance avec des interventions thématiques de type préventif et hygiéniste. Interrogés sur le choix de cette forme de travail, les enseignants déclarent qu'ils considèrent les intervenants comme des experts de leur domaine et qu'ils sont mieux « outillés » pour répondre aux questions des élèves.

Au Québec, quand l'École fait appel à des intervenants extérieurs, le partenariat prend souvent la forme d'un réseau de type 3, avec une implication forte des communautés et des parents ; alors qu'en France, ce sont plutôt les collectivités – essentiellement la commune – qui sont impliquées.

Interventions ponctuelles et approche systémique de la santé

Concernant les actions en éducation à la santé, en France, les écoles travaillent majoritairement le rapport aux

Comment les outils d'intervention français sont utilisés Outre-Atlantique

Au Québec, le curriculum de formation initiale des enseignants¹ en éducation physique et à la santé inclut un enseignement spécifique sur l'éducation à la santé. L'université du Québec à Trois-Rivières, par exemple, propose un cours (cursus) de 45 heures. Objectif : acquérir des connaissances pour travailler l'éducation à la santé à travers la compétence disciplinaire « adopter un mode de vie sain et actif » et le domaine général de formation (DGF) « santé et bien-être² ». Dans ce cours, les étudiants travaillent sur les dimensions de la santé et ses déterminants, ainsi que sur les différents modèles de planification des interventions en santé.

Depuis 2007, lors de ces formations, certains outils de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) sont utilisés (ex : les coffrets pédagogiques « Les chemins de la santé », « Libre comme l'air » et « Fourchettes & baskets »). Les étudiants placés en équipe sont invités à analyser un outil, puis à compléter la grille d'analyse *ad hoc* pour porter un regard critique sur les points forts et les suggestions d'amélioration à apporter.

Ainsi, pour la majorité d'entre eux, les outils « Libre comme l'air » et « Fourchettes & baskets » semblent bien avoir leur place en éducation physique. Ils leur procurent des clés et des pistes d'intervention pour travailler leur compétence disciplinaire « adopter un mode de vie sain et actif » en s'adressant directement à leur champ disciplinaire par les différents thèmes abordés : la nutrition et l'activité physique pour « Fourchettes & baskets », la respiration, le souffle et l'hydratation pour « Libre comme l'air ».

À l'inverse, l'utilisation des coffrets « Les chemins de la santé » leur paraît moins évidente, cet outil offrant peu, voire pas du tout, d'activités en lien

avec l'éducation physique³. Une des solutions consisterait à ajouter une colonne « éducation à la santé » en lien avec l'éducation physique dans le sous-thème « À chaque thème son activité » du livret pédagogique, et à prévoir des activités correspondantes. Plus largement, les coffrets seraient un excellent outil pour permettre à l'école de travailler collectivement le thème « santé et bien-être ». De cette manière, chacun trouverait sa place et son intérêt à participer au projet commun.

Caroline Bizzoni-Prévieux, Ph.D,

Virginie Roy, Msc,

Département des sciences de l'activité physique,
université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

1. *L'École primaire québécoise a un mode de fonctionnement similaire à l'école secondaire québécoise ou le collège français : les élèves ont plusieurs enseignants. Il y a le titulaire de classe qui a la charge d'enseigner les disciplines telles que les mathématiques, le français, l'univers social, et les enseignants en éducation pour la santé, en musique, en arts plastiques.*

2. *Dans le programme de formation de l'École québécoise, on retrouve différents domaines de formation, dont « santé et bien-être », qui sont sous la responsabilité de tous les membres de la communauté éducative. Aucun cours spécifique n'est présent dans le curriculum de formation des futurs enseignants peu importe leur discipline.*

3. *À l'Inpes, on souligne que « Les chemins de la santé » ne sont pas spécifiquement conçus pour offrir clés en main un cadre d'activité pour l'activité physique car l'approche est plus globale : si on parle d'air, on va parler respiration et souffle, rejoignant ainsi l'intérêt de pratiquer l'activité physique pour développer et entretenir ces capacités.*

autres alors qu'au Québec, c'est plutôt le rapport à soi. Il se pourrait que cela soit lié au fait qu'en France, l'École est tournée vers une éducation citoyenne alors qu'au Québec, c'est le développement personnel de l'enfant qui est au centre des préoccupations de la communauté éducative. Par ailleurs, les interventions thématiques ponctuelles telles que les interventions sur le tabagisme, la sédentarité, etc., sont préférées à une approche systémique de la santé.

Enfin, tant en France qu'au Québec, les actions plus complexes (réseaux de type 3), rassemblent les compétences de différents acteurs, sont de grande envergure et s'inscrivent sur une durée plus longue. C'est le cas d'une action « voyage découverte » que nous avons analysée, laquelle combine le rapport à soi, le rapport aux autres et au milieu, le tout sur une durée dépassant l'année scolaire. En outre, cette action regroupe un ensemble d'initiatives concertées avec la présence d'acteurs dans et hors l'école, tels que la municipalité, les enseignants, les parents, les animateurs.

Développer les réseaux avec une approche globale

En conclusion, pour travailler l'éducation à la santé de façon systémique et prendre en compte sa complexité, il est important de favoriser la constitution de réseaux de type 3 dans l'environnement scolaire. Or notre enquête démontre que, dans la majorité des cas, ce sont des réseaux plus restreints, de type 1 ou 2, qui encadrent les actions, tant au Québec qu'en France, essentiellement en raison des obstacles rencontrés et de l'insuffisance des ressources financières.

Un travail collectif en éducation à la santé demande une implication forte des enseignants, une façon différente de penser leur métier. Leur formation les amène à s'approprier leur métier de façon plutôt classique, « seul avec ses élèves dans sa classe », et à transmettre des connaissances ancrées dans des disciplines. Avec l'apparition de ces nouvelles activités scolaires, ils ont à repenser leur métier en relation avec une demande sociale et à construire des pratiques collectives et systémiques. Pour autant, ce changement de pratique ne peut être mené à bien par les seuls enseignants : il doit être inscrit dans des dispositifs de formation/recherche adaptés réunissant enseignants et partenaires, pour construire des actions communes.

Caroline Bizzoni-Prévieux

Professeure,
Université du Québec
à Trois-Rivières, Canada,

Corinne Mérimin

Chercheuse,

Didier Jourdan

Professeur d'université,
Laboratoire ACTÉ EA 4281,
Clermont universités/IUFM d'Auvergne,
université Blaise-Pascal Clermont 2, France.

► Références bibliographiques

- (1) Mérimin C., Victor P., Jourdan D. *Analyse des dynamiques collectives de travail des écoles impliquées dans le dispositif : « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école »*. Rapport d'étude. Laboratoire Paedi IUFM d'Auvergne, 2009. Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand.
- (2) Lange J.-M., Victor P. *Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ?* *Didaskalia*, 2006, vol. 28 : p. 85-100.
- (3) Mérimin C. *Le partenariat en formation. De la modélisation à une application*. Paris : L'Harmattan, 1999 (1^{ère} éd.), 2006 (2^e éd.) : 224 p.

La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population

En population générale, selon le Baromètre santé de l'Inpes, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois apparaît stable entre 2005 et 2010. En revanche, la part de personnes qui présentent des troubles dépressifs mais qui n'ont pas utilisé les services d'un organisme, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ou suivi une psychothérapie, a nettement baissé, passant de 63 % en 2005 à 39 % en 2010.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux constituent une des plus lourdes charges en termes de morbidité dans le monde, affectant environ 450 millions de personnes. Les souffrances engendrées par les problèmes de santé mentale ainsi que les répercussions économiques et sociales sont, de fait, considérables. Ainsi, le coût annuel cumulé des troubles mentaux aux États-Unis représenterait environ 2,5 % du produit national brut. En Europe, la part des dépenses consacrées aux troubles mentaux dans le coût total des services de santé se situerait entre 20 et 25 %, en ne tenant compte que des hospitalisations (OMS, 2011). Le Baromètre santé de l'Inpes permet, pour sa part, d'établir une estimation de la survenue de l'épisode dépressif caractérisé et de suivre cette estimation à un rythme quinquennal.

Les troubles mentaux sont susceptibles d'entraîner une souffrance psychique et/ou des retentissements sur la vie quotidienne. Ils sont répertoriés au sein de deux classifications utilisées au niveau international : la Classification internationale des maladies proposée par l'OMS (CIM-10) et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) développé par l'Association psychiatrique américaine. Les controverses autour de leur pertinence et de la distinction entre le normal et le pathologique restent très vives (1). À partir de ces classifications, des questionnaires standardisés ont été élaborés et intégrés à des enquêtes quantitatives afin d'étudier la prévalence et les facteurs associés aux troubles mentaux. Le questionnaire *Composite International*

Diagnostic Interview - Short Form (CIDI-SF), recommandé par l'OMS, a ainsi été utilisé dans le Baromètre santé. Le recours aux mêmes méthodes et aux outils diagnostiques lors d'enquêtes répétées de santé mentale permet une surveillance temporelle de la prévalence de chacun des troubles globalement et au sein des différentes sous-populations.

Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé et évolution par rapport à 2005

La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois telle que mesurée par le CIDI-SF dans le cadre du Baromètre santé de l'Inpes s'élève en France, en 2010, à 7,5 % parmi les 15-85 ans. Cette prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elle est de 6,4 % parmi les 15-19 ans, 10,1 % parmi les 20-34 ans, 9,0 % parmi les 35-54 ans et 4,4 % entre 55 et 85 ans.

Parmi les 15-75 ans, cette prévalence apparaît stable par rapport à 2005

(7,8 %). Cette stabilité est observée aussi bien chez les hommes (5,6 % en 2010 *vs* 5,1 % en 2005) que chez les femmes (10,0 % en 2010 *vs* 10,4 % en 2005), et les prévalences par tranche d'âge sont elles aussi relativement stables, même s'il semble y avoir une hausse parmi les hommes de 35 à 54 ans (de 5,4 % à 7,3 % ; $p < 0,05$) (Tableau 1).

Les épisodes dépressifs caractérisés peuvent être classés en trois types selon qu'ils sont légers, moyens ou sévères, en fonction du nombre de symptômes déclarés et l'intensité du retentissement. Ainsi, en 2010, 2,8 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont subi dans les douze derniers mois un EDC sévère, 4,3 % un EDC d'intensité moyenne et 0,7 % un EDC léger. Ces chiffres s'avèrent également stables par rapport à 2005 (respectivement 3,0 %, 3,9 % et 0,9 %).

Facteurs associés à l'EDC parmi les 15-75 ans

Parmi les hommes, la prévalence de l'EDC est maximale parmi ceux âgés de 45 à 54 ans (10,3 %), puis diminue

Présentation du Baromètre santé 2010

Les Baromètres santé sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. Elles interrogent la population française sur ses attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. En 2010, l'échantillon comprenait 27 653 individus.

Ici, l'étude porte sur les personnes ayant été identifiées comme ayant eu un épisode dépressif caractérisé par le CIDI-SF au cours des douze mois précédant l'enquête, ainsi que sur celles d'entre elles n'ayant pas eu de recours aux soins tels que définis : 1) utilisation des services d'un organisme : hôpital, association, centre, ligne téléphonique, site internet ou autre ; 2) consultation d'un professionnel : psychiatre, psychologue, médecin généraliste ou spécialiste, thérapeute, infirmière, assistante sociale ou autre ; 3) recours à une psychothérapie.

Tableau 1. Prévalence au cours des douze derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010.

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
	n = 16 883 (%)	n = 8 238 (%)	n = 7 078 (%)	n = 3 686 (%)	n = 9 805 (%)	n = 4 552 (%)
Total 15-75 ans	7,8	7,8	5,1	5,6	10,4	10,0
15-19 ans	7,0	6,4	4,5	3,7	9,7	9,3
20-34 ans	9,1	10,1	6,4	7,0	11,9	13,2
35-54 ans	8,9	9,0	5,4	7,3	12,3	10,7
55-75 ans	5,3	4,7	3,6	2,6	6,8	6,6

Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

Tableau 2. Personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année sans recours à un professionnel de santé, à un organisme ni à une psychothérapie (en pourcentage).

	Pas de recours à un professionnel de santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie		idem + pas de recours aux médicaments psychotropes	
	2005	2010	2005	2010
Ensemble	63	39	45	32
Sexe				
Hommes	67	49	53	39
Femmes	61	33	41	28
Âge				
15-24 ans	75	49	66	44
25-44 ans	59	33	41	30
45-64 ans	56	39	37	28
65-75 ans	77	41	45	30
Statut d'activité				
Travail	60	39	44	31
Etudes	66	51	56	44
Chômage	71	40	48	35
Retraite	72	33	44	21
Autres inactifs	53	25	33	24
Profession et catégorie sociale¹				
Cadres, professions intellectuelles supérieures	52	37	41	36
Professions intermédiaires	58	34	40	26
Employés	66	34	43	26
Ouvriers	71	46	50	36
Autres	73	57	61	49

1. Chômeurs et retraités reclassés, étudiants et inactifs exclus.

Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

jusqu'à 3,6 % parmi les 55-64 ans et 1,0 % parmi les 65-75 ans. Le niveau de diplôme ou de revenu et la situation professionnelle ne sont pas associés à la survenue d'un EDC. En revanche, le fait de vivre seul (OR=1,8), d'avoir subi des violences au cours des douze derniers mois (OR=3,0) ou des violences sexuelles au cours de la vie (OR=2,1) est fortement associé au risque d'EDC. La consommation quotidienne de tabac est également associée aux EDC chez

les hommes, mais pas la consommation à risque d'alcool au sens de l'Audit-C.

Parmi les femmes, la prévalence de l'EDC au cours des douze derniers mois diminue globalement avec l'âge. Le fait d'être au chômage augmente la probabilité de survenue d'un EDC (OR=1,5) ; parmi les chômeuses, 17,5 % présentent les symptômes d'un tel épisode, contre moins de 10 % pour le reste de la population. Comme chez les hommes, le fait de vivre seul (OR=1,4), d'avoir subi des

violences dans les douze derniers mois (OR=2,1) ou des violences sexuelles au cours de la vie (OR=2,3) sont associés à la survenue d'un EDC. La consommation quotidienne de tabac y est également associée, mais pas la consommation d'alcool.

Un recours aux soins pour cause de dépression qui s'améliore nettement

Selon le *Baromètre santé 2010*, la part de personnes qui présentent des troubles dépressifs mais n'ont ni utilisé les services d'un organisme, ni consulté un professionnel de la santé, ni suivi une psychothérapie est de 39 % (Tableau 2). La part des personnes présentant un épisode dépressif qui ne déclarent aucun recours aux soins et qui n'ont pas non plus utilisé de médicaments psychotropes pour ces problèmes est de 32 %. On observe une baisse très nette de la part de non-recours depuis 2005, où il était de 63 %, ainsi qu'une baisse du recours aux médicaments psychotropes seuls, ce qui est un signe encourageant pour la qualité de la prise en charge de la dépression en France. Alors que seulement 20 % des personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé dans les douze derniers mois avaient consulté un médecin généraliste pour cette raison en 2005, ils sont désormais près de la moitié (47 %) en 2010.

Les hommes ont un recours aux soins moindre que les femmes. Cette absence de prise en charge concerne davantage les plus jeunes (15 à 24 ans) et les ouvriers. La part de personnes consommant des médicaments sans déclarer d'autres recours aux soins est particulièrement élevée pour les hommes, les personnes âgées de 45 ans ou plus et les retraités présentant un épisode dépressif. Précisons qu'entre 2001 et 2003, la France se situait dans une position moyenne parmi six pays d'Europe occidentale (Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Espagne, Allemagne) pour ce qui est du non-recours aux soins des personnes ayant des troubles de l'humeur (dont la dépression fait partie).

Un sentiment d'information qui s'améliore, mais reste bas

La moitié de la population se sent bien informée sur la dépression, ce qui situe cette thématique fort loin de celles pour lesquelles le sentiment d'information est globalement très élevé (entre 85

Définition de l'épisode dépressif caractérisé d'après le CIDI-SF

Symptômes

- Symptômes principaux :
 - vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé ou sans espoir, pratiquement toute la journée, presque tous les jours ;
 - vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- Symptômes secondaires :
 - se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude ;
 - avoir pris ou perdu au moins cinq kilos ;
 - avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir ;
 - avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer ;
 - avoir beaucoup pensé à la mort ;
 - avoir perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Types de troubles

- Épisode dépressif caractérisé : au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes.
- Épisode dépressif caractérisé léger : un maximum de cinq symptômes et ses activités légèrement perturbées.
- Épisode dépressif caractérisé sévère : un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées.
- Épisode dépressif caractérisé : tous les cas entre légers et sévères.

et 92 %), comme le tabac, la contraception, l'alcool et le sida. Il faut toutefois souligner la hausse significative du sentiment d'information sur la dépression : 50 % en 2010 contre 45 % en 2005. Les hommes se sentent globalement moins bien informés que les femmes à propos de la dépression. Le sentiment d'information croît de façon continue avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes, avec les deux tiers des jeunes hommes de 15-19 ans se déclarant mal informés sur la dépression alors que ce

n'est le cas que d'un tiers des 75-85 ans. Parmi les femmes, ce sentiment d'être mal informé passe de 55 % à 15-19 ans à 36 % à 75-85 ans. Le sentiment d'information n'apparaît pas lié au niveau de diplôme. En revanche, il semble moins bon parmi les personnes en détresse psychologique (au sens du MH5¹). Le statut d'activité n'apparaît pour sa part pas du tout discriminant.

Cette hausse du sentiment d'information sur la dépression s'inscrit dans le contexte de la première campagne

nationale d'information sur les troubles dépressifs à la fin de l'année 2007, et des actions qui l'ont entourée. Les données d'évaluation de la campagne avaient montré de très bonnes performances en termes de diffusion et de réception du message aussi bien auprès du grand public que des professionnels de santé interrogés. Parallèlement, l'étude d'impact du livret d'information diffusé dans le cadre de la campagne avait montré (suivi à trois mois) une évolution significative des connaissances, croyances et attitudes sur la dépression.

En termes d'information, le niveau reste assez bas malgré cette hausse enregistrée entre 2005 et 2010. Toutefois, l'opportunité d'une nouvelle action très visible sur cette pathologie serait à discuter à la lumière des controverses récentes sur la légitimité de la distinction entre tristesse et dépression, qui s'inscrivent dans la continuité d'une réflexion sur la délimitation entre le normal et le pathologique, avec notamment la crainte d'une surmédicalisation de la souffrance psychique qui serait orchestrée par l'industrie pharmaceutique (2). Signalons par ailleurs que certains acteurs et organisations centrées sur d'autres troubles psychiatriques revendiquent que l'attention des pouvoirs publics porte aussi sur d'autres pathologies mentales, en particulier lorsque celles-ci sont très invalidantes.

François Beck

Chef du département

Enquêtes et analyses statistiques,

Romain Guignard

Statisticien, chargé d'études et de recherche,

Inpes.

Pour en savoir plus

- Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. dir. *Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes (à paraître).
- Briffault X., Morvan Y., Guilbert P., Beck F. Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale. *BEH*, numéro spécial santé mentale, 2008, n° 35-36 : p. 318-321. En lignes : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf
- Chan Chee C., Gourier-Fréry C., Guignard R., Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé publique*, 2011/HS, vol. 23, suppl. n° 6 : p. 11-29.
- Ehrenberg A., Lovell A. *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris : Odile Jacob, 2001 : 311 p.
- Falissard B. *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique*. Paris : Masson, coll. Abrégés, 2^e éd., 2008 : 116 p.
- Kovess-Masfety V., Alonso J., Brugha T.S., Angermeyer M.C., Haro J.M., Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 2007, vol. 58, n° 2 : p. 213-220.
- Lovell A. *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*. Rapport InVS, 2004.
- Sapinho D., Chan Chee C., Briffault X., Guignard R., Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. *BEH*, numéro spécial santé mentale, septembre 2008, n° 35-36 : p. 314-317. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf

1. La détresse psychologique a été mesurée grâce au MH5, courte échelle de santé mentale intégrée dans le questionnaire de qualité de vie SF-36 (Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. *The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation*. *Journal of clinical epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023).

► Références bibliographiques

- (1) Horwitz A.V., Wakefield J.C. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York : Oxford University Press, 2007 : 312 p.
- (2) Lane C. *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Paris : Flammarion, coll. Bibliothèque des savoirs, 2009 : 384 p.

À perdre la raison

Les relations entre les individus sont parfois destructrices. Dans *À perdre la raison*, une jeune mère finit par commettre l'irréparable, piégée dans une relation ayant généré dépendance et culpabilité. Un triangle infernal entre trois êtres. Un film qui permet d'interroger les questions de genre, de domination, de dépendance et de générosité dévoyée.



© Fabrizio Maltese/ef images/efp

Un film de Joachim Lafosse
Belgique, 2012, 1 h 54
Avec Émilie Dequenne, Niels Arestrup,
Tahar Rahi

Le film

À perdre la raison commence abruptement par l'annonce d'un drame, la mort des quatre jeunes enfants d'une femme, Murielle, elle-même hospitalisée après une tentative de suicide. Le cinéaste remonte aussitôt le fil de l'histoire avec la demande en mariage que Mounir avait adressée à Murielle, qu'il aime manifestement et qui semble tout aussi amoureuse de lui. Entre ces deux événements terriblement contrastés, le film déploie les « mécanismes » souterrains qui ont conduit à cette issue tragique.

Joachim Lafosse n'opère pas de façon démonstrative et laisse au spectateur la liberté de comprendre, d'interpréter mais aussi de juger les comportements des uns et des autres. Son regard n'est cependant pas neutre, et il souligne notamment les éléments d'une dynamique familiale « perverse » (même si aucun des personnages ne mérite sans doute un tel qualificatif) qui éclaire – sans néanmoins totalement l'expli-

quer – le drame qui s'est progressivement noué entre les personnages.

À quel public s'adresse le film ?

Ce film s'adresse davantage à un public adulte, capable d'entrer en empathie avec des personnages dont les réactions peuvent dérouter ou susciter des résistances diverses. La violence des faits rapportés, à savoir un infanticide – même si aucun geste n'est montré comme tel –, risque par ailleurs de susciter des sentiments très vifs chez certains spectateurs qui se révéleront parfois incapables de dépasser leur émotion première.

Relations avec la problématique santé

Comme on l'a déjà remarqué dans cette rubrique, le cinéma de fiction propose rarement de « bons » modèles de comportement, mais donne plutôt l'occasion de questionner des situations problématiques qui révèlent les enjeux souvent contradictoires auxquels chacun d'entre nous peut être confronté en matière de santé. Dans le cas du film de Joachim Lafosse, qui met en scène une situation tout à fait exceptionnelle – le cinéaste s'est inspiré d'un fait divers qui

a récemment bouleversé l'opinion publique en Belgique –, le spectateur en vient sans doute à s'interroger sur la manière dont un bonheur familial apparent peut se transformer progressivement en étouffement, puis en un sentiment de dépossession extrême.

À perdre la raison ne prétend pas tracer de limite claire entre le normal et le pathologique – toutes les épouses malheureuses en ménage ne commettent heureusement pas de gestes aussi extrêmes – mais pose à chacun la question de ses propres limites et de ses propres normes... Les débats suscités par le film révèlent en tout cas une grande diversité de perceptions liées tant à la situation mise en scène qu'au sens à lui donner.

Suggestion d'animation

De la même façon que le fait divers, dont le film est inspiré, a suscité la stupeur dans l'opinion publique, *À perdre la raison* peut provoquer différentes formes d'incompréhension et de rejet, notamment auprès d'un public adolescent. Si l'histoire racontée décrit effectivement une longue dégradation psychologique, le geste meurtrier conserve indéniablement une violence irréductible à toute explication, et certains seront tentés de condamner moralement aussi bien le personnage que l'auteur du film (accusé, par exemple, de se complaire dans le morbide).

En situation d'animation, il conviendra certainement, dans un premier temps, de laisser à chacun l'occasion d'exprimer ses réactions spontanées par rapport à cette situation exceptionnelle. Ensuite, l'on suggérera d'approfondir la réflexion en mettant en particulier l'accent sur l'intention supposée de l'auteur du film qui ne se contente pas de rapporter un fait divers et qui s'attarde au contraire sur tous les événements qui ont précédé ce drame¹ :

que cherche-t-il à expliquer aux spectateurs à travers cette évocation de l'existence quotidienne d'un couple apparemment « sans histoires » ?

La réponse à ces questions n'est pas évidente car le propos du cinéaste n'est pas explicite, même si l'on perçoit facilement la dégradation psychologique du personnage de Murielle. Beaucoup de spectateurs signalent cependant spontanément leur malaise (ou leurs réserves) face à certaines situations mises en scène et qui leur semblent « anormales » ou « malsaines ». Cette première piste de réflexion à soumettre aux participants pose ainsi la question de la « normalité », en particulier au sein de la cellule familiale.

Déséquilibres

On remarquera que le public affiche souvent une tolérance de principe face à la diversité des comportements individuels (« chacun fait ce qu'il veut »), affichant une mise à distance des normes qui restent néanmoins prégnantes. Le caractère extrême et exceptionnel de la situation oblige, en revanche, les spectateurs à sortir de cette réserve apparente et à questionner le caractère plus ou moins « normal » de la situation familiale de Murielle.

Parmi les événements qui peuvent susciter débat : la cohabitation entre le jeune couple formé par Mounir et Murielle, et André, le docteur devenu le père adoptif du jeune homme. On remarque que Mounir, le jeune mari, est rapidement engagé par son père adoptif pour travailler comme secrétaire dans son cabinet.

Un espace intime confus et mal délimité

Même si le montage de Joachim Lafosse accentue cette impression, l'espace de l'appartement occupé par le trio (auquel s'ajoutent rapidement les quatre enfants) apparaît alors comme passablement confus, mal délimité : le docteur entre dans la chambre du jeune couple, la jeune femme nettoie le linge des uns et des autres et le range dans les armoires sans qu'aucun espace propre ne semble réservé soit au couple soit au père adoptif...

Malgré cet aspect « fusionnel », beaucoup de spectateurs seront également sensibles à la différenciation des rôles qui s'installe rapidement entre les per-



© Fabrizio Maltese/ef images/efip

sonnages. Murielle semble ainsi s'occuper seule des tâches ménagères et des enfants, même si les deux hommes lui donnent à plusieurs reprises un coup de main : paradoxalement cependant, c'est le docteur qui semble le plus prompt à l'aider ; mais c'est lui aussi qui la poussera à renoncer à son propre travail d'institutrice pour s'occuper plus « facilement » de ses enfants.

Le voyage de Mounir au Maroc, sous prétexte qu'il a besoin de repos, apparaît comme le sommet de ce déséquilibre puisque le jeune homme échappe au huis-clos familial alors que son épouse semble à ce moment complètement épuisée. Des remarques parfois plus anodines traduisent la même inégalité des rôles sexués, notamment celle du docteur qui, à l'annonce de la quatrième grossesse de Murielle, déclare : « *cette fois, tu nous feras un garçon !* ».

Stratégie de culpabilisation

Les interactions entre les personnages révèlent également un déséquilibre constant entre la mère et les deux hommes. Ainsi, lors de la chute d'un enfant dans l'escalier, Mounir s'empporte contre sa femme qui aurait oublié de fermer la barrière alors que lui-même était censé le surveiller. Mais, comme il s'excuse ensuite de s'être emporté, Murielle, déjà complètement culpabilisée, ne peut évidemment lui faire aucun reproche. Or, cette stratégie de culpabilisation de la jeune femme se répète à plusieurs reprises, qu'il s'agisse des reproches de Mounir à l'égard de la sœur de Murielle, ou de ceux que lui adresse le docteur à d'autres occasions. Le film de Joachim Lafosse oblige à s'interroger sur les effets possibles de telles situations, notamment lorsqu'on

considère le processus cumulatif décrit par petites touches par le cinéaste.

Des personnages piégés par des contraintes

Certains spectateurs seront tentés de faire porter la responsabilité (sinon la culpabilité) de ce drame non pas à la mère infanticide mais aux deux hommes qui l'entouraient au point sans doute de l'étouffer comme on peut en avoir l'impression à plusieurs moments du film. Un tel renversement, qui prendra facilement des accents féministes, mérite également d'être discuté dans la mesure où les personnages masculins, loin d'être décrits de façon caricaturale, apparaissent plutôt comme animés de bonnes intentions et apportant souvent leur aide à la jeune femme. C'est le cas en particulier d'André, le père adoptif, qui semble au premier abord très bienveillant, aidant financièrement le jeune couple, ne demandant semble-t-il rien en retour, n'hésitant pas à plusieurs reprises à s'occuper des enfants lorsque leur mère est en difficulté.

Mounir lui-même, qui paraît sans doute plus égoïste, est également à l'écoute de sa femme ; mais plusieurs séquences révèlent le système de contraintes dans lequel est pris le jeune homme : s'il acquiesce d'abord à une suggestion de Murielle (de s'installer au Maroc), il doit ensuite affronter la sourde colère de son père adoptif qui s'estime abandonné et trahi, et Mounir se sent alors effectivement incapable d'une telle ingratitude (« *Je peux pas lui faire ça* », dira-t-il un peu plus tard), ce qui l'amène à rejeter le seul projet affirmé de Murielle.

Il est ainsi intéressant de réfléchir avec les participants sur la dynamique interne de ce trio de personnages en



© Fabrizio Maltese/ef images/efp

adoptant une démarche systémique² : est-il possible de comprendre les mécanismes profonds et sans doute déséquilibrés des relations entre ces trois personnages ? On peut notamment suggérer aux participants de construire une représentation schématique de la situation avec des flèches de différentes formes pour montrer l'orientation et la nature des relations en cause.

Un triangle relationnel déséquilibré

Ce trio de personnages ne constitue pas un triangle équilibré, même si, au début du film, Murielle et Mounir forment apparemment un couple égalitaire. On comprend immédiatement que la relation entre Mounir et son père adoptif est beaucoup plus intense et durable que celle qu'entretiendront – presque de façon forcée – André et Murielle. En outre, par rapport au couple, André est dans une position dominante puisqu'il donne du travail à Mounir, fournit un logement aux jeunes gens, les entretient financièrement, etc. Et de cette dette, Mounir se sent beaucoup plus redevable puisque sa relation à André est beaucoup plus forte.

Par ailleurs, le couple que forment Murielle et Mounir se révèle rapidement déséquilibré avec l'arrivée des enfants, dont la jeune femme doit s'occuper de façon principale sinon exclusive. En outre, la responsabilité – au sens le plus fort du terme – des enfants lui incombe entièrement, aux yeux de son mari comme de son beau-père adoptif. Et si l'argent d'André « descend » vers le couple par l'intermédiaire de Mounir, c'est à la jeune femme qu'il incombe *in fine* de « rembourser » cette dette, ne serait-ce qu'en faisant le linge des deux hommes.

Le triangle se schématise ainsi : André occupe une position supérieure, Mounir se situe au milieu et Murielle tout en bas. Mais ce déséquilibre est apparemment compensé par la générosité du père adoptif et la gentillesse du mari...

La discussion pourra ainsi se poursuivre sur la manière dont Murielle s'est retrouvée enfermée dans cette dynamique familiale déséquilibrée. De jeunes spectateurs seront sans doute moins sensibles à un « engrenage » dont il leur paraît aisé de s'extraire, précisément parce qu'ils sont à un âge où l'on commence à envisager une première rupture (ou au moins une prise de distance) avec la famille d'origine. Cet enlèvement progressif est sans doute à l'opposé du goût pour la liberté qui caractérise l'adolescence et le début de l'âge adulte (bien analysé par le sociologue Jean-Claude Kaufmann), et il est sans doute difficile de comprendre alors comment des liens affectifs peuvent se transformer en une sorte de piège auquel l'individu ne trouve aucune issue.

Un non-choix...

On suggérera trois pistes de discussion et de réflexion à ce propos. La première porte sur toutes les formes de dons qui impliquent une réciprocité dont les limites restent indéfinies. Le personnage d'André (remarquablement interprété par Niels Arestrup) apparaît ainsi comme très bienveillant, en particulier au début du film, et ne donne pas l'impression de vouloir s'immiscer dans la vie du jeune couple ; mais d'autres scènes plus tardives révèlent l'emprise affective qu'il exerce sur le jeune homme et indirectement sur sa femme.

La deuxième dimension significative est alors le processus de culpabilisation à l'encontre de Murielle. S'il est « naturel » pour des enfants de vouloir quitter leurs parents, André joue un rôle beaucoup plus ambigu – qui est relevé à plusieurs reprises –, celui de quelqu'un qui a choisi d'être un père d'adoption pour Mounir mais aussi pour d'autres membres de sa famille. La dette à son égard n'en est donc que plus grande comme il le rappelle brutalement au jeune homme (« *Je me saigne pour toi depuis vingt ans* »). Mais autant il paraît généreux, autant il culpabilise dès lors Murielle comme une mauvaise « fille » mais aussi comme une mauvaise « mère », incapable de s'occuper correctement de sa « smala ».

Enfin, on peut s'interroger avec les participants sur le fait que Murielle n'exprime jamais sa volonté de faire un choix. Ainsi, c'est Mounir qui lui fait une demande en mariage (et l'on n'entendra pas sa réponse) ; puis elle connaîtra trois grossesses successives acceptées mais pas vraiment décidées ; par ailleurs, elle s'occupera aussi bien de ses enfants que de l'ensemble du ménage sans qu'à aucun moment elle n'ait explicitement accepté ce rôle.

La seule décision à laquelle elle prendra part sera l'éventuel déménagement au Maroc, mais celui-ci sera finalement refusé par les deux hommes. À l'inverse, Mounir ou le docteur lui font des « offres » qu'elle ne peut pas refuser, qu'il s'agisse de la demande en mariage ou de la proposition d'aller cohabiter avec André... La jeune femme est ainsi prise dans une situation qu'elle ne semble pas avoir décidée, ce qui révèle sans doute l'importance de ce non-choix permanent dans le processus de dégradation continue. Et le seul choix qui lui restera sera alors celui du pire...

Michel Condé

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

1. On ne parlera ici que du film et en aucune façon des événements dont il est plus ou moins inspiré. La fiction suggère des pistes d'interprétation qui ne portent pas sur le fait divers en soi mais qui peuvent interpeller chacun d'entre nous de façon plus ou moins proche, plus ou moins lointaine.

2. Rappelons que l'approche systémique développée en psychologie par l'école de Palo Alto met l'accent sur le système familial et sur les interactions entre les individus dans ce système. Il ne s'agit bien sûr ici que d'apporter un éclairage à une situation et non pas de prendre position en faveur de l'une ou l'autre méthode thérapeutique.

Ados et prises de risques. Quelles actions de communication pour les sensibiliser aux dangers du tabac, de l'alcool, de la route, etc. ?

Raphaëlle Camous



Cet ouvrage, rédigé par une professionnelle du marketing et de la communication, présente une méthodologie permettant de construire des dispositifs de communication pertinents pour sensibiliser les adolescents aux dangers liés à certaines prises de risques. Il souligne la nécessité pour les médias de prendre en compte les nouveaux modes de communication des adolescents dans la mise en place de campagnes de prévention.

L'ouvrage passe successivement en revue la construction identitaire et les comportements de prises de risques des adolescents. La culture des 13-18 ans, leurs rapports aux médias, à la communication et la

publicité sont ensuite abordés. L'auteur montre que la perception que les adolescents ont du danger est particulière et que les messages de prévention doivent être adaptés. L'ouvrage s'achève par une analyse approfondie de deux campagnes de prévention *Boire trop, des sensations extrêmes* de l'Inpes en 2008 et *Insoutenable* de la Sécurité routière en 2010.

Des fiches repères, des fiches méthodologiques et des exemples concrets illustrent la complexité de mise en œuvre des campagnes de prévention auprès des adolescents.

Sandra Kerzanet

Cormelles-le-Royal : Management et Société, 2011, 204 pages, 19,50 €.

Prévention des conduites addictives et animation

MILDT, ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, ministère des Sports



Élaboré dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, ce guide méthodologique est destiné aux organismes qui assurent la formation aux diplômés d'État des encadrants de l'animation. Il propose différents apports théoriques, réglementaires et pratiques sur les conduites addictives dans les milieux de loisirs. Il peut être utilisé en milieu scolaire, universitaire, sportif, éducatif, de loisirs.

Conçu comme un outil aisément adaptable aux différents niveaux de formation et de responsabilité visés et aux contextes, ce guide contient des

textes de référence et des présentations techniques et pédagogiques. Les équipes de formation y trouveront toutes les informations nécessaires à l'élaboration d'un projet de formation intégrant la thématique de la prévention des conduites addictives.

S. K.

Paris : MILDT, 2012, 46 pages, gratuit.

En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/04_actions_mesures/05_actions_2008-2011/Milieu_loisirs/pdf/guide_conduites_addictives_et_animation_04_2012_djepva_mildt.pdf

Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé

Sous la direction de Jean-François Mattéi et Claude Dreux



Comment replacer l'humain au centre des préoccupations des professionnels de santé et des acteurs psychosociaux ? Les auteurs de cet ouvrage collectif développent, dans leur champ d'expertise, la notion « d'humanisme actif ». Il s'agit ici de tenir compte de la complexité des individus par une prise en charge globale : médicale, psychologique et sociale, afin d'aider chaque individu à acquérir une qua-

lité de vie meilleure. Une attention particulière est portée aux personnes en situation de précarité.

La déshumanisation de la santé serait principalement liée à deux aspects : une économie de la santé détenant trop souvent un rôle central lors de la mise en œuvre d'actions, et une judiciarisation de la médecine conduisant à considérer chaque patient comme un plaignant potentiel. Les grands thèmes suivants viennent alimenter cette réflexion : nécessité de repenser l'humanisme médical (par la formation des personnels de santé et l'éducation pour la santé à l'école), santé responsable et citoyenne (prévention, dépistage et vaccination), prise en charge personnalisée (comme l'éducation thérapeutique), mobilisation contre les inégalités, etc. L'ouvrage se conclut par une synthèse de propositions sur les réformes à entreprendre pour aider à préserver et améliorer la qualité de vie de chacun.

Céline Deroche

Paris : Springer, 2011, 325 pages, 35 €.

Innover contre les inégalités de santé

Sous la direction de Pierre-Henri Bréchat et Jacques Lebas



Cet ouvrage collectif, qui réunit nombre de professionnels et acteurs de la prise en charge des patients précaires, n'aborde pas la question des inégalités de santé sous l'angle du « gradient social » qui caractérise les inégalités sociales de santé, mais traite plutôt des populations les plus défavorisées ou vulnérables.

La précarité est analysée sous différents angles : l'accès aux soins, la prise en charge interdisciplinaire, les structures, dispositifs et financement.

Les enjeux de santé et de société autour de la précarité et de la vulnérabilité sont abordés en dernière partie. L'ouvrage développe des concepts et modèles opérationnels présentés en introduction comme innovants, tels que les concepts de « patients complexes » (regroupant migrants, personnes âgées, patients atteints de maladies chroniques, etc.), ou celui de « centre de santé primaire polyvalent » ; les coopérations entre professionnels de santé ; ou encore un modèle d'allocation de ressources au sein des territoires qui prend en compte la notion de « handicap social ».

Olivier Delmer

Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, 496 pages, 35 €.

Santé et conditions de vie des étudiants.

Enquête nationale et synthèses régionales

La Mutuelle des étudiants



Écrit par La Mutuelle des étudiants (LMDE) et coédité par la Mutualité française et Rue des écoles, cet ouvrage dresse un panorama de l'état de santé et de la situation économique et sociale des étudiants en France. Il présente les résultats de la troisième Enquête nationale sur la situation sanitaire et sociale des étudiants (ENSE3), à l'initiative de la LMDE, conduite par l'observatoire Expertise et prévention pour la santé des étudiants (EPSE) et l'Institut français d'opinion publique (Ifop).

Huit mille cinq cents étudiants, de tout âge et de toutes académies, ont répondu à un questionnaire portant sur les thématiques suivantes : conditions de vie, état de santé et recours aux soins, santé psychique, consommations de tabac, d'alcool, de cannabis et autres produits, vie affective et sexuelle, habitudes alimentaires, rythmes de vie et loisirs. Les résultats nationaux sont déclinés en synthèses régionales présentées sous la forme de fiches détaillant les problématiques propres à chaque territoire.

Céline Deroche

Paris : LMDE, Mutualité française, Rue des écoles, 2012, 299 pages, 19,50 €.

25 techniques d'animation pour promouvoir la santé

Alain Douiller et coll.

Préface de Bertrand Garros



Addictions, sexualité, nutrition, estime de soi, handicaps, des sujets parmi d'autres susceptibles de faire l'objet d'interventions auprès de groupes dans un objectif de promotion de la santé. Comment se préparer à l'animation de tels groupes ? Quelle technique utiliser pour rendre les participants actifs, les aider à s'exprimer, les faire débattre sur ces sujets souvent sensibles et les accompagner dans leurs propres chemins vers la santé ?

Dans ce guide, l'auteur, Alain Douiller, éclaire ces questions à partir de son expérience et de celles de plusieurs autres acteurs de terrain.

Directeur du comité d'éducation pour la santé de Vaucluse, il développe, depuis vingt ans, des projets, forme des acteurs et anime des groupes en promotion de la santé. Pour écrire cet ouvrage, il s'est entouré de la compétence d'autres formateurs : Pierre Coupât, Emilie Demond, Sabine Gras, Laurence Marinx, Chantal Patuano et Dany Rebuffel. Après un rappel des fondements de la promotion de la santé, il amène le lecteur à s'interroger sur ses intentions et ses valeurs, puis présente la démarche projet et plusieurs notions de dynamique de groupe. Il détaille 25 techniques d'animation sélectionnées pour leur intérêt selon le même canevas pratique (description, objectifs, public, taille du groupe, durée minimum) et les illustre d'exemples d'utilisation. Enfin, il fournit au lecteur un tableau pour l'aider au choix d'une technique adaptée à ses objectifs et donne des conseils pour l'évaluation.

Brignais : Le Coudrier, coll. Outils pour la santé publique, 2012, 191 pages, 29,50 €.

Health promotion settings: principes and practice

Sous la direction d'Angela Scriven et de Margaret Hodgins



L'ouvrage d'Angela Scriven et de Margaret Hodgins allie données scientifiques, exemples tirés de la vie réelle et études de cas. Il montre comment une approche environnementale (lieux de travail, écoles, quartiers, villes, prisons) en promotion de la santé peut fonctionner aujourd'hui.

Les deux coordinatrices de l'ouvrage sont entourées d'une équipe composée de spécialistes en promotion de la santé, de professionnels de la santé publique, d'universitaires et de chercheurs. Ils présentent notamment des projets locaux, nationaux, et internationaux, somme de leurs idées, recherches, expériences concrètes. Les auteurs dressent ainsi les cadres et les processus utiles à la fois aux professionnels et aux étudiants qui travaillent à l'amélioration de la santé et s'appuient sur l'approche des milieux de vie en promotion de la santé. Cette approche environnementale est considérée, dans cet ouvrage, comme un moyen d'engager les membres des communautés, de construire des partenariats, de s'attaquer aux déterminants de santé pour une promotion de la santé viable.

Valérie Verdier

Thousand Oaks : SAGE Publications Ltd, 2012, 258 pages, 23,87 €.

Baromètre cancer 2010

Sous la direction de François Beck et d'Arnaud Gautier



Le premier *Baromètre cancer*, enquête thématique réalisée en population générale, publié en 2005, s'inscrivait dans le cadre du premier Plan cancer (2003-2007). La deuxième vague, lancée en 2010 dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut national du cancer (INCa) et l'Inpes, vient de paraître en juin 2012. Un échantillon représentatif de quatre mille personnes de 15 à 85 ans a été interrogé, par téléphone, sur ses opinions et attitudes concernant les facteurs de risque du cancer, sur ses représentations de la maladie, l'image des malades et la qualité perçue des soins. La reprise de la méthodologie antérieure permet de mesurer les évolutions et les avancées réalisées entre les deux enquêtes mais aussi les progrès qui restent à accomplir, en particulier dans le domaine des inégalités sociales de santé. Leur réduction est un élément pivot du deuxième Plan cancer (2009-2013).

Le premier *Baromètre cancer*, enquête thématique réalisée en population générale, publié en 2005, s'inscrivait dans le cadre du premier Plan cancer (2003-2007). La deuxième vague, lancée en 2010 dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut national du cancer (INCa) et l'Inpes, vient de paraître en juin 2012. Un échantillon représentatif de quatre mille personnes de 15 à 85 ans a été interrogé, par téléphone, sur ses opinions et attitudes concernant les facteurs de risque du cancer, sur ses représentations de la maladie, l'image des malades et la qualité perçue des soins. La reprise de la méthodologie antérieure permet de mesurer les évolutions et les avancées réalisées entre les deux enquêtes mais aussi les progrès qui restent à accomplir, en particulier dans le domaine des inégalités sociales de santé. Leur réduction est un élément pivot du deuxième Plan cancer (2009-2013).

Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012, 275 pages, gratuit. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>

Mangerbouger.fr

Créé en 2004, le site mangerbouger.fr évolue régulièrement pour répondre aux nouvelles attentes du grand public et des différents professionnels qui bénéficient de rubriques dédiées.

Il aide chacun à mieux s'alimenter et à pratiquer une activité physique régulière, en proposant :

- Des informations à travers les rubriques : Que veut dire bien manger ? Pourquoi bouger ? Pour qui ?
- Des contenus pratiques pour faciliter l'application des 9 repères du PNNS.
- Chaque semaine, une newsletter, « le panier à idées », comprenant un menu pour consommer 5 fruits et légumes par jour, un menu économique, une recette express, une idée de pratique d'activité physique.
- Un espace communautaire dans lequel la nutrition et l'activité physique redeviennent des occasions d'échange où les internautes peuvent consulter les recettes et astuces postées par chacun et rejoindre eux-mêmes la communauté.
- Un kit pratique : calendrier de saison, table de conversion des mesures, planning des menus de la semaine...

Pour les professionnels, de nouveaux contenus sont mis en ligne régulièrement. Une rubrique « actions labellisées » a été créée pour valoriser les documents et les actions ayant obtenu le logo PNNS et constituer une banque d'initiatives labellisées.



Abonnez-vous gratuitement !

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

Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...

Un panorama riche en informations et en initiatives.

Équilibres s'adresse aux professionnels, mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...



Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

équilibrés

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, instances régionales d'Éducation et de Promotion de la santé, mettent à votre disposition leurs expertise et savoir-faire.

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

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



CAMILLE A TROUVÉ
COMMENT NE PLUS
OUBLIER SA PILULE*

* ELLE A CHOISI UN AUTRE MOYEN
DE CONTRACEPTION



La pilule est une contraception efficace. Toutefois, si vous l'oubliez souvent, parlez-en à un professionnel de santé. Il vous aidera à trouver la contraception qui vous convient. Plus d'informations sur www.choisirsacontraception.fr

Ref. Inpes 125-42112-R

