

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Dossier

Empowerment des jeunes

Prévention du vieillissement
quelles interventions efficaces ?

**Consultations jeunes
consommateurs**
prendre en charge et orienter

Perturbateurs endocriniens
prévenir l'exposition des populations

Femmes enceintes
les protéger des polluants



LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

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

Une revue de référence
et un outil documentaire pour

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

Rédigée par des professionnels

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

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

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

Rendez-vous sur www.santepubliquefrance.fr



la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Laetitia Haroutunian** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

ILLUSTRATIONS :

Couverture et dossier central (pages 8 à 38) illustrés avec des extraits du livre *Dedans, Dehors*. Auteurs et illustrateurs : **Ramzasso, Mirzo, Zinga, Midou, Haïdouk, Djapa**, ainsi que **Lisa Lugin**, auteure de bandes dessinées et **Mo Abbas**, écrivain, animateur d'ateliers. Editeurs : **Histoires vraies de Méditerranée** et **l'Agence régionale du livre Provence Alpes Côte d'Azur**.

PHOTOGRAPHIES :

CAMISport&Cancer, Megan Just, Frédérique Million, Pixabay, reksik004-Pixabay

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 4^e trimestre 2018
Tirage : 7 000 exemplaires

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

Prévention du vieillissement : interventions probantes

4 _ Vieillir en bonne santé : revue des interventions efficaces

Béatrice Lamboy, Nadine Cotton, Emmanuelle Hamel, Dagmar Soleymani

Dossier

EMPOWERMENT DES JEUNES

Coordination :
Éric Le Grand, Christine Ferron,
Virginie Poujol

Introduction

8 _ Éric Le Grand, Christine Ferron,
Virginie Poujol

« L'empowerment améliore l'état de santé de la population »

10 _ Entretien avec Nina Wallerstein,
Noelle Wiggins

Empowerment au Québec : pour une participation des jeunes aux décisions territoriales

15 _ Julie Richard, Émilie Dufour, collectif
Collectivités amies des jeunes (CADJ),
Lucie Gélinau, Sophie Dupéré

« Le concept d'empowerment s'est diffusé tardivement en France »

18 _ Entretien avec Marie-Hélène Bacqué

Émancipation et développement du pouvoir d'agir des citoyens

20 _ Virginie Poujol

Quelles places pour les jeunes dans les évaluations ?

De la participation à l'empowerment

21 _ Gaëtan Absil, Maud Reginster,
Chantal Vandoorne

Développer le pouvoir d'agir des jeunes : l'expérience de la Protection judiciaire de la jeunesse

24 _ Françoise Marchand-Buttin

Quartier des mineurs au centre pénitentiaire de Luynes : un atelier Récit de vie pour avancer

26 _ Christine Ferron, Franck Baldi

« Les ateliers récits pour les mineurs ont amélioré le climat en détention »

28 _ Entretien avec Franck Baldi

Les Enfants du canal : l'empowerment des jeunes issus des bidonvilles

30 _ Livia Otal

Développer le pouvoir d'agir des jeunes d'un quartier prioritaire : une nécessaire acculturation des professionnels

32 _ Collectif

À Montgermont, les 10-15 ans s'engagent dans la cité

34 _ Anne Leborgne-Briand

Centre sociaux : un lieu de développement du pouvoir d'agir des habitants ?

35 _ Aziza Deghay

Pour en savoir plus

37 _ Laetitia Haroutunian

PRECISION

Dans La Santé en action datée de septembre 2018, N° 444, page 42, nous n'avons mentionné que deux des quatre auteurs du rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, intitulé *La Santé et l'accès*

Prévention des addictions

39 _ Consultations jeunes consommateurs :

bilan après dix ans d'activité

Ivana Obradovic

42 _ « Ce ne sont pas les mauvaises conditions sociales qui créent l'addiction mais la dislocation du milieu familial »

Entretien avec Olivier Phan

44 _ CJC Orléans : « Aider les jeunes à retrouver l'autonomie »

Entretien avec Christine Tellier et Nicolas Baujard

Environnement et santé

46 _ Perturbateurs endocriniens : état des lieux et perspectives en promotion de la santé

Marie Mazzoni

49 _ Hauts de France : Les professionnels de santé formés à la prévention de l'exposition périnatale aux polluants environnementaux

Mélie Rousseau, Marie-Amélie Cuny, Assia Lahouaichri, Camille Geay

Lectures

51 _ Laetitia Haroutunian, Sandie Boya

aux soins. Une urgence pour les femmes en situation de précarité. Ce rapport est signé par Danielle Bousquet, présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Geneviève Couraud et Gilles Lazimi, rapporteur.e.s, Margaux Collet, co-rapporteuse. Avec nos excuses pour cette référence bibliographique incomplète.

Vieillir en bonne santé : revue des interventions efficaces

Béatrice Lamboy,
PhD, conseiller scientifique,
Santé publique France,
Nadine Cotton,
psychologue de la prévention,
Emmanuelle Hamel,
responsable d'unité personnes
âgées et populations vulnérables,
Santé publique France,
Dagmar Soleymani,
chargée d'étude scientifique,
PhD, Santé publique France.

Cet article présente de façon synthétique l'état des connaissances scientifiques sur les interventions validées et prometteuses favorisant le vieillissement en bonne santé. Il s'agit d'un résumé

détaillé d'une synthèse de littérature réalisée à partir des plus récentes synthèses de littérature et à l'aide d'une démarche méthodologique systématique¹.

Cette synthèse de littérature s'est ainsi appuyée sur 32 documents de synthèse (5 synthèses Cochrane, 4 rapports de santé publique et 23 articles de synthèses) qui ont été analysés. Elle a permis d'identifier dix types d'interventions validées et/ou prometteuses, favorisant le vieillissement en bonne santé chez les personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes et vivant à domicile, dont six s'inscrivent dans une démarche de prévention universelle, trois dans le cadre d'une prévention ciblée et, enfin, une intervention s'appliquant aussi bien en prévention universelle qu'en prévention ciblée².

Les interventions universelles

Presque toutes agissent sur plusieurs problématiques de santé à la fois et ont un impact sur plusieurs déterminants génériques de la santé globale.

● **Les programmes d'exercices physiques** permettent d'avoir un impact un grand nombre de déterminants, préviennent plusieurs types de troubles et favorisent la santé globale (physique, psychique et sociale) [1-3 ; 5-12 ; 15 ; 22 ; 27]. Ils contribuent également à renforcer la participation et l'implication

des personnes âgées et à stimuler les fonctions cognitives. Les programmes validés impliquent deux ou trois séances de groupe non consécutives de 60 à 90 minutes par semaine (minimum six mois), animées par un professionnel, complétées par une activité aérobique personnelle quasi quotidienne. Les entraînements en groupe et supervisés sont plus efficaces, soulignant l'importance du superviseur, des retours (*feedbacks*) et de l'effet de groupe.

Les programmes d'exercices aquatiques sont au moins aussi efficaces que les programmes d'exercices physiques « classiques ». Ils améliorent l'implication et la mobilisation des personnes [29].

Les exercices de danse sont prometteurs sur la capacité aérobique et la peur de chuter [6 ; 16 ; 23 ; 26] et ils accroissent la participation, limitent les abandons, sans constituer ni difficulté ni risque pour les participants.

Les programmes d'exercices physiques *via* des supports numériques sont quasiment aussi intensifs que les programmes « classiques » en groupe [6 ; 27]. Ils renforcent l'activité et les compétences physiques tout en augmentant la motivation et le sentiment d'auto-efficacité.

Les programmes de réduction de la sédentarité sont prometteurs sur l'activité et les compétences physiques, la sédentarité et le risque d'invalidité, la perte de masse musculaire et des capacités cardio-vasculaires. Ils réduisent le temps assis par des interruptions régulières (se lever, marcher un peu...). Les programmes comprennent une consultation en face à face d'environ 45 minutes pour établir un programme d'activité personnalisé suivie de *feedback*.

Les interventions multimodales (exercices physiques et ateliers d'éducation pour la santé) sont validées

pour prévenir les chutes, l'ostéoporose, la sarcopénie et pour améliorer la qualité de vie et la forme cardio-vasculaire [12 ; 15]. Elles accroissent l'activité et les compétences physiques et renforcent les fonctions cognitives. Les programmes validés comprennent des exercices physiques complétés par des ateliers de groupe ou du conseil (*counselling*) individuel (alimentation, déplacements, médicaments, sommeil...).

● **Les interventions psychocorporelles (esprit et corps)** sont validées pour améliorer les capacités physiques, les fonctions cognitives, le bien-être et la qualité de vie [1 ; 7 ; 18-20 ; 25 ; 27]. Les interventions de tai chi et de qigong permettent de prévenir les chutes et les traumatismes, comme possiblement les interventions de yoga [31]. Un programme validé de tai chi implique deux séances de 60 à 90 minutes par semaine (au total 104 séances) sur un an, animées par un instructeur formé et certifié qui enseigne apprentissage et perfectionnement de six enchaînements et figures posturales. Les interventions de méditation et de pleine conscience (*mindfulness*) pourraient permettre de prévenir les maladies neurodégénératives et les troubles anxio-dépressifs [17 ; 20]. Ces programmes prometteurs comprennent deux heures par semaine en groupe sur huit semaines, complétées par des exercices à faire à domicile (à poursuivre à la fin du cycle), animées par des instructeurs formés et certifiés.

● **Les interventions de stimulation cognitive** permettent d'améliorer significativement les compétences cognitives [8 ; 19]. D'une durée de suivi inférieure ou égale à un an, l'efficacité sur le long terme des interventions est cependant « questionnée ». Les programmes peuvent comprendre jusqu'à dix séances de groupe de 60 à 75 minutes chacune sur cinq à six

semaines, suivies de quatre séances de renforcement à 11 mois et 35 mois [32]. Ils prévoient également des exercices de mémoire, de raisonnement, de résolution de problèmes et de traitement de l'information.

● **Les interventions intergénérationnelles** ont démontré de nombreux effets auprès des personnes âgées et aussi chez les enfants et chez les jeunes (au niveau des représentations) [6 ; 24]. Chez les personnes âgées, elles permettent de prévenir les symptômes dépressifs, d'améliorer le bien-être et la qualité de vie, de renforcer la confiance en soi et le sentiment de sécurité, d'améliorer l'autonomie, de renforcer les liens sociaux, de diminuer l'isolement, d'augmenter les habiletés cognitives et les compétences physiques, et de réduire la sédentarité.

● **Les interventions utilisant les nouvelles technologies** ont des effets prometteurs sur le sentiment



d'isolement, les liens sociaux, la communication intergénérationnelle et la satisfaction de vie [6 ; 13]. Elles ont pour objectif d'enseigner et de faciliter l'accès aux nouvelles technologies et aux réseaux sociaux. Les résultats à court terme (inférieur à six mois) et

le taux d'abandon (attrition) souvent élevé – jusqu'à 50 % – constituent des limites.

● **Les interventions culturelles** (dont les activités musicales et de chant) sont prometteuses pour prévenir les chutes, les symptômes anxio-dépressifs

Tableau 1. Liste des interventions validées (V) et prometteuses (P) et leurs effets sur les déterminants, états et problèmes de santé

Types d'interventions validées et prometteuses : (U)iverselles ou (C)iblées	Déterminants													États et problèmes de santé								
	Habiletés cognitives	Problèmes de sommeil	Sentiment de solitude, isolement	Soutien, lien social	Capacité physique	Sédentarité, act. physique	Douleur perçue	Alimentation équilibrée	Confiance -estime de soi	Autonomie	Agisme*	Peur de chuter, sentiment de sécurité	Consommation tabac	Poids	Cholestérol	Hypertension	Bien-être, santé perçue, qualité de vie	Chutes, traumatismes	Sarcopénie, ostéoporose	Problèmes anxio-dépressifs	Maladies neurodégénératives	Mortalité
Exercices physiques (U) [1-3 ; 5-13 ; 15 ; 16 ; 22 ; 23 ; 26 ; 27 ; 29]	V			V	V	V						V					V	V	V	V		
Psycho-corporelles (U) [1 ; 7 ; 18-20 ; 25 ; 27]	V	P	P		V		P		P	P		V			P	P	P	V		P	P	
Stimulation cognitive (U) [8 ; 19 ; 32]	V																					
Intergénérationnelles (U) [6 ; 24]	V			V	V	V			V	V	V						V			V		
TIC (U) [6 ; 13]			P	P																		
Culturelles (U) [6 ; 24]			P				P		P								P	P		P		
Counselling (U et C) [6 ; 7 ; 10]						P							P	P			P					
Visites à domicile (C) [1 ; 6 ; 7 ; 9 ; 27]												V					V					V
Groupe d'activités et d'entraide (C) [6 ; 7]			P						P								P					
Aide alimentaire (C) [6 ; 28]			P					P									P					

* Agisme (attitude de discrimination à l'encontre des personnes âgées)

L'ESSENTIEL

► Une revue internationale de littérature menée par Santé publique France en partenariat avec les caisses de retraite interrégime a permis d'identifier les interventions de prévention et de promotion de la santé validées – c'est-à-dire efficaces – et prometteuses chez les plus de 55 ans. Synthèse.



© Megan Just

et le stress, pour favoriser le bien-être, la qualité de vie, la confiance en soi et l'inclusion sociale [6 ; 24]. Les programmes sont composés d'un atelier de 90 minutes par semaine pendant au moins douze semaines, animé par un professionnel.

- **Les interventions prometteuses de conseil (counseling)** prennent généralement la forme d'entretiens individuels psycho-éducatifs réalisés par des professionnels de santé [6 ; 7 ; 10]. Ils améliorent la qualité de vie, la santé perçue et réduisent le nombre d'hospitalisation ; ils s'adressent aux personnes âgées autonomes pouvant présenter des facteurs de risque (comportements alimentaires, sédentarité, poids, consommation tabagique).

Les interventions ciblées

Ces interventions s'adressent à une sous-population ayant des problématiques de santé spécifiques ou une vulnérabilité sociale.

- **Les interventions validées s'appuyant sur des visites à domicile** préviennent les chutes et les traumatismes, et réduisent la mortalité à domicile [1 ; 6 ; 7 ; 9 ; 27]. Elles concernent les personnes de plus de 80 ans et ayant déjà chuté. Deux types de programmes de visites à domicile validés sont à distinguer : les programmes unimodaux de renforcement de l'activité physique et les programmes multimodaux qui agissent sur les déterminants

individuels et environnementaux liés aux chutes. Ils identifient et modifient les facteurs de risque de chute et de santé en général et aident à prévenir la perte d'autonomie chez les personnes les plus fragiles.

- **Les groupes d'activités et d'entraide** améliorent le bien-être et la qualité de vie, renforcent l'estime de soi et le sentiment d'utilité, réduisent l'isolement [6 ; 7]. D'une durée allant de huit semaines à dix mois, les programmes visent l'échange (groupe de parole) et/ou la participation à une activité collective (ex. : jardinage, bricolage...) à proximité des lieux de vie des personnes âgées. Ils s'adressent aux personnes en vulnérabilité sociale ou rencontrant des événements de vie difficiles (ex. : perte d'un conjoint).

- **Les interventions d'aide alimentaire** (repas gratuits et équilibrés) sont prometteuses pour réduire l'isolement et améliorer la qualité de vie, la santé perçue et les apports nutritionnels [6 ; 28].

Conclusion

Cette synthèse de littérature a permis d'identifier un nombre relativement limité d'interventions permettant de favoriser le vieillissement en bonne santé de la population générale des plus de 55 ans. De nombreux problèmes de santé pourraient ainsi être évités grâce à quelques interventions structurées et intensives améliorant la santé globale et la qualité de vie des personnes âgées.

Ces données scientifiques sur les interventions efficaces représentent un ingrédient essentiel pour les acteurs et décideurs souhaitant concevoir un projet d'intervention fondé sur les données probantes. Ce premier travail d'identification des interventions validées et prometteuses et de leurs caractéristiques se présente comme une aide à la réflexion et à la décision. Il devra être complété par des données scientifiques et expérientielles plus opérationnelles. La connaissance approfondie des programmes efficaces, des facteurs d'implantation, des interventions déployées, des pratiques françaises reconnues et attendues devrait ainsi pouvoir être articulée et intégrée à ces premières données scientifiques sur les interventions validées. Ceci afin de proposer les actions les plus adaptées et les plus efficaces possible pour favoriser le vieillissement en bonne santé sur le territoire français. ■

1. La présente synthèse de littérature a été réalisée dans le cadre de la convention 2016-2018 entre Santé publique France et les caisses de retraite interrégime. En ligne : <http://inpes.santepublique-france.fr/10000/themes/bien-veillir/partenaire.asp>. Dans le cadre de ce partenariat tout comme dans la programmation de Santé publique France, le vieillissement en santé poursuit une double approche : informer le grand public (www.pourbienvieillir.fr) et outiller les professionnels du champ (www.pourbienvieillir.fr/espace-professionnels).

2. Les fiches des dix types d'intervention sont accessibles dans la rubrique « Analyses » de pourbienvieillir.fr/espace-professionnels.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A. Synthèses de la Cochrane

- [1] Gillespie LD, Robertson M.C., Gillespie W.J., Sherrington C., Gates S., Clemson L.M. *et al.* Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Systematic Reviews, septembre 2012.
- [2] Howe TE, Rochester L, Neil F, Skelton D.A, Ballinger C. Exercise for improving balance in older people. Cochrane Database Systematic Reviews, novembre 2011.
- [3] Kendrick D., Kumar A., Carpenter H., Zijlstra G.A., Skelton D.A., Cook J.R. *et al.* Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. Cochrane Database Systematic Reviews, novembre 2014.
- [4] Martin M., Clare L., Altgassen A.M., Cameron M.H., Zender F. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. Cochrane Database Systematic Review, janvier 2011.
- [5] Young J., Angevaren M., Rusted J., Tabet N. Aerobic exercise to improve cognitive function in older people without cognitive impairment. Cochrane Database Systematic Review, avril 2015.

B. Rapports de synthèse des organismes de santé publique

- [6] Batchelor F., Haralambous B., Lin X., Joosten M., Williams S., Malta S. *et al.* Healthy ageing literature review [Rapport], Melbourne : Victoria State Government, Health and Human Service, 2016 : 167 p. En ligne : <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/healthy-ageing-literature-review>
- [7] Bodard J., Lamboy B., Kerzanet S., Clément J. Interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes, vivant à domicile. [Synthèse santé des aînés – document court], Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), novembre 2012 : 9 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/doc-sante-aie.pdf>
- [8] Haut Conseil de santé publique (HCSP). Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (Mama). [Rapport], Paris : HCSP, 2017 : 121 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>
- [9] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (dir.). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. [Rapport], Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective ; 2015, 508 p. En ligne : <http://hdl.handle.net/10608/6807>

C. Articles de synthèse

- [10] Baxter S., Johnson M., Payne M., Buckley-Woods H., Blank L., Hock E. *et al.* Promoting and maintaining

- physical activity in the transition to retirement: A systematic review of interventions for adults around retirement age. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 2016, vol. 13, n° 12 : 10 p. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4735960/pdf/12966_2016_Article_336.pdf
- [11] Beaudart C., Dawson A., Shaw SC, Harvey NC, Kanis JA, Binkley N, Reginster JY, *et al.* Nutrition and physical activity in the prevention and treatment of sarcopenia: systematic review. *Osteoporos International*, 2017, vol. 28, n° 6 : p. 1817-1833. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5457808/pdf/198_2017_Article_3980.pdf
- [12] Bouaziz W., Lang P.O., Schmitt E., Kaltenbach G., Geny B., Vogel T. Health benefits of multicomponent training programmes in seniors: A systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 2016, vol. 70, n° 7 : p. 520-536.
- [13] Chen Y.R., Schulz P.J. The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, janvier 2016, vol. 18, n° 1.
- [14] Cuijpers P. Smit F., Patel V., Dias A., Li J., Reynolds C.F. Prevention of depressive disorders in older adults: An overview. *PsyCh Journal*, mars 2015, vol. 4, n° 1 : p. 3-10.
- [15] Daly RM. Exercise and nutritional approaches to prevent frail bones, falls and fractures: an update. *Climacteric*, 2017, vol. 20, n° 2 : p. 119-124.
- [16] Donath L., Rössler R., Faude O. Effects of virtual reality training (exergaming) compared to alternative exercise training and passive control on standing balance and functional mobility in healthy community-dwelling seniors: A meta-analytical review. *Sports medicine*, 2016, vol. 46, n° 9 : p. 1293-1309.
- [17] Geiger P.J., Boggero I.A., Brake C.A., Caldera C.A., Combs H.L., Peters J.R. *et al.* Mindfulness-based interventions for older adults : a review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness*, 2016, vol. 7, n° 2 : p. 296-307. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868399/pdf/nihms-722928.pdf>
- [18] Kelly M.E., Loughrey D., Lawlor B.A., Robertson I.H., Walsh C., Brennan S. The impact of exercise on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 2014, n° 16 : p. 12-31.
- [19] Lehert P., Villaseca P., Hogervorst E., Maki P.M., Henderson V.W. Individually modifiable risk factors to ameliorate cognitive aging: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric*, 2015, vol. 18, n° 5 : p. 678-689. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5199766/pdf/nihms838119.pdf>
- [20] Lomas-Vega R., Obrero Gaitán E., Molina-Ortega F.J., Del-Pino-Casado R. Tai chi for risk of falls. A meta-analysis. *Journal of American Geriatrics Society*, 2017, vol. 65, n° 9 : p. 2037-2043.
- [21] Marciniak R., Sheardova K., Cermáková P., Hudeček D., Sumec R., Hort J. Effect of meditation on

- cognitive functions in context of aging and neurodegenerative diseases. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2014, vol. 8 : p. 3-9. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3903052/pdf/fnbeh-08-00017.pdf>
- [22] Mochcovitch M.D., Deslandes A.C., Freire R.C., Garcia R.F., Nardi A.E. The effects of regular physical activity on anxiety symptoms in healthy older adults: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2016, vol. 38, n° 3 : p. 255-261.
- [23] Rodrigues-Krause J. Farinha J.B., Krause M., Reischak-Oliveira A. Effects of dance interventions on cardiovascular risk with ageing: Systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 2016, n° 29 : p. 16-28.
- [24] Ronzi S., Orton L., Pope D., Valtorta N.K., Bruce N.G. What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Systematic Reviews*, 2018, vol. 7, n° 26 : 22 p. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5789687/pdf/13643_2018_Article_680.pdf
- [25] Solloway M.R., Taylor S.L., Shekelle P.G., Mialke-Lye I.M., Beroes J.M., Shanman R.M. *et al.* An evidence map of the effect of tai chi on health outcomes. *Systematic Reviews*, 2016, vol. 5, n° 126 : 11 p. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4962385/pdf/13643_2016_Article_300.pdf
- [26] Veronese N., Maggi S., Schofield P., Stubbs B. Dance movement therapy and falls prevention. *Maturitas*, 2017, n° 102 : p.1-5.
- [27] Vieira E.R., Palmer R.C., Chaves P.H.M. Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ*, avril 2016, vol. 28, n° 353. En ligne : <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i1419>
- [28] Volpe S.L., Sukumar D., Milliron B.J. Obesity Prevention in Older Adults. *Current Obesity Reports*, 2016, vol. 5, n° 2 : p. 166-175.
- [29] Waller B., Ogonowska-Slodownik A., Vitor M., Rodionova K., Lambeck J., Heinonen A. *et al.* The effect of aquatic exercise on physical functioning in the older adult: A systematic review with meta-analysis. *Age and Ageing*, 2016, vol. 45, n° 5 : p. 593-601.
- [30] Woodside J.V., Gallagher N., Neville C.E., McKinley M.C. Mediterranean diet interventions to prevent cognitive decline— Opportunities and challenges. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2014, vol. 68, n° 11 : p. 1241-1244.
- [31] Youkhana S., Dean C.M., Wolff M., Sherrington C., Tiedemann A. Yoga-based exercise improves balance and mobility in people aged 60 and over: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 2016, vol. 45, n° 1 : p. 21-29.
- [32] Zhu X., Yin S., Lang M., He R., Li J. The more the better? A meta-analysis on effects of combined cognitive and physical intervention on cognition in healthy older adults. *Ageing Res Rev*, 2016, vol. 31 : p. 67-79.



Dossier coordonné par Éric Le Grand,
coordinateur des activités scientifiques,
Chaire de recherche sur la jeunesse/Ecole des hautes études
en santé publique - EHESP,
Christine Ferron,
déléguée générale, Fédération nationale d'éducation
et de promotion de la santé - Fnes,
Virginie Pujol,
directrice, Laboratoire d'Etudes et de recherche
sur l'Intervention sociale - Lériss.

LORSQUE LES MINEURS EN DÉTENTION PRENNENT LA PLUME

Ce dossier central est illustré avec des extraits du livre *Dedans, Dehors*. Auteurs et illustrateurs : les mineurs en détention Ramzasso, Mirzo, Zinga, Midou, Haïdouk, Djapa, ainsi que Lisa Lugrin, auteure de bandes dessinées et Mo Abbas, écrivain, animateur d'ateliers. Ces histoires ont été recueillies et dessinées durant des ateliers d'écriture et d'illustration animés par Lisa Lugrin et Mo Abbas à la maison d'arrêt de Luynes, en novembre 2017. Un projet de l'Agence Régionale du Livre Provence Alpes Côte d'Azur et de l'association Histoires Vraies de la Méditerranée, en collaboration avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Ont également collaboré Claire Castan, Marie-Dominique Russis, Claire Vignau, Marjolaine Phillipps, Chrystelle Massol & Ingrid Boccon-Gibod. Editeurs : Histoires vraies de Méditerranée et l'Agence régionale du livre Provence Alpes Côte d'Azur. Santé Publique France remercie la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et tout particulièrement Françoise Marchand-Buttin et Franck Baldi qui ont contribué à ce dossier central « Empowerment et jeunes ».

Introduction

L'empowerment est l'une des stratégies d'intervention fondamentales en promotion de la santé, déjà évoquée dans de précédents numéros de *La Santé en action* [1]. Comme cela a été souligné dans plusieurs rapports scientifiques, notamment une revue de la littérature extensive de Wallerstein [2], ces démarches produisent tant des effets bénéfiques sur la santé des populations qu'une amélioration du lien social, et elles réduisent les inégalités sociales de santé. Dans son rapport, Nina Wallerstein indique que :

« L'empowerment est le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes), [...] afin d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés. »

Elle souligne également que :

« Le rôle de l'organisation des populations marginalisées dans le sens d'une amélioration de leur capacité à exercer des choix et à transformer leurs vies »

est aussi important que :

« le rôle de l'environnement (le contexte institutionnel, politique, économique et gouvernemental) qui

autorise les acteurs à mettre en œuvre des actions efficaces ou au contraire les en empêche ».

De fait, s'il est important de donner aux populations des « moyens » et des « aptitudes » pour renforcer leur capacité d'agir, l'empowerment ne peut se limiter à ce seul aspect. Il doit également inclure des actions auprès des professionnels et/ou des politiques afin qu'ils modifient leurs pratiques et leurs positionnements pour devenir plus réceptifs aux revendications portées par les populations. Le renforcement de l'empowerment vise en effet à réduire les inégalités de pouvoir et à lutter contre les rapports de domination.

De plus, si la mobilisation des stratégies d'empowerment bénéficie principalement aux personnes et aux groupes les plus en déficit de pouvoir et les plus éloignés de la prévention, ce qui inclut évidemment les populations les plus pauvres, le rapport Wallerstein spécifie également d'autres populations auprès desquelles cette démarche donne les résultats les plus probants en termes de santé : les femmes, les patients et les jeunes.

Le présent dossier interroge plus particulièrement l'empowerment des jeunes. Ces derniers (qui ne constituent pas un groupe homogène) présentent des risques particuliers en termes d'exclusion sociale, de déficit ou de non-reconnaissance de leurs pouvoirs d'agir, formant ainsi une population auprès de laquelle toute démarche d'empowerment est particulièrement pertinente. Ainsi, les difficultés spécifiques d'entrée dans l'âge adulte [3], la forte précarité économique et sociale de cette population, la prise en compte trop limitée de la parole des jeunes... sont des aspects qui renforcent la pertinence d'intégrer une dimension d'empowerment dans toute intervention ou tout programme de santé des jeunes.

Après avoir posé les cadres théoriques de l'empowerment avec Marie-Hélène Bacqué, Nina Wallerstein, Gaëtan Absil, Maud Reginster et Chantal Vandoorne, nous illustrons ce dossier par des actions visant le développement du pouvoir d'agir des jeunes, en interrogeant plus

particulièrement les pratiques professionnelles, les environnements de vie et les dynamiques de pouvoir, notamment politique. Le choix des actions a été volontairement axé sur une approche par les milieux de vie et centré sur des publics jeunes particulièrement exclus des espaces de pouvoir. Ainsi, qu'il s'agisse des jeunes accueillis par la Protection judiciaire de la jeunesse, des jeunes à la rue, des jeunes en situation d'exclusion sociale..., la question du développement de leur pouvoir d'agir peut être posée en rapport avec les postures des professionnels et/ou les orientations des politiques qui les concernent.

Les articles centrés sur des présentations d'actions ou de programmes soulignent tant l'hétérogénéité des pratiques que la difficulté à mettre en œuvre des stratégies d'empowerment. D'une part, soutenir l'empowerment des jeunes nécessite avant tout de former les professionnels à agir dans ce sens. Ainsi, il est nécessaire de passer d'une « culture de l'aide » à une dynamique d'éducation populaire favorisant la prise en compte des savoirs d'expérience des jeunes, comme le montre l'action menée dans un centre social. D'autre part, favoriser l'empowerment pose fortement la question du temps et de la durée. Ainsi, dans l'article portant sur Les Enfants du canal, l'auteur précise : « L'empowerment est un long processus qui a besoin de mûrir et de s'épanouir, alors que la limite de notre programme risque d'être aussi le temps court de volontariat, qui laisse aux jeunes une année seulement pour augmenter leur capacité d'agir. »

Ce processus ne peut se limiter à l'approche individuelle qui est encore trop souvent privilégiée par les pouvoirs publics. En effet, quand ces derniers se réfèrent au concept d'empowerment, c'est généralement à travers le prisme d'un modèle néolibéral [4] faisant peser la responsabilité des inégalités sur les jeunes eux-mêmes et les renvoyant à leur capacité à s'en sortir seuls, se dédouanant ainsi de leur propre responsabilité.

Développer le pouvoir d'agir des jeunes, ce n'est pas seulement leur donner la capacité de mieux se

prendre en charge pour permettre aux professionnels et aux pouvoirs publics de se désengager de cette prise en charge. Cela suppose de bousculer un ordre établi, de rééquilibrer et de partager des pouvoirs, de repenser en profondeur des rôles et des places, de soutenir et de mettre en œuvre des projets fondés sur la confiance en la capacité des jeunes de décider de leur vie et de leur santé. Cela réfère à une vision de la place des jeunes dans les institutions et dans la société toute entière, où la participation réelle des jeunes et le développement de leur pouvoir d'agir ne sont pas instrumentalisés mais opérationnalisés dans le cadre d'un projet démocratique. ■

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Empowerment et santé mentale. *La Santé en action*, mai-juin 2011, n° 413.

Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. *La Santé en action*, mars 2018, n° 443.

[2] Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* [Health Evidence Network report]. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe, février 2006 : 37 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

Et en français sur le site de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne : http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/evidenceempowerment_oms_irepsbretagne1.pdf

[3] Van de Velde C. *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*. Paris : PUF, Coll. Lien social, 2008 : 278 p.

[4] Bacqué M.-H., Biewener C. *L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Idées économiques et sociales*, 2013, vol. 3, n° 173 : p. 25-32. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013-3-page-25.htm>

« L'empowerment améliore l'état de santé de la population »

Entretien avec Nina Wallerstein,

docteure en santé publique, professeure de santé publique, directrice du centre de recherche participative, Collège de santé publique, université du Nouveau-Mexique, Albuquerque (États-Unis),

Noelle Wiggins,

doctorat en éducation, master de santé publique, directrice du département santé du comté de Multnomah, Community Capacitation Center, Portland (États-Unis).

La Santé en action : Lorsque vous avez rédigé pour l'Organisation mondiale de la santé le rapport sur les stratégies d'empowerment, outil d'amélioration de la santé¹, quelles données scientifiques ont appuyé leur efficacité ?

Nina Wallerstein : En 2006, j'ai commencé par définir le concept d'*empowerment*, en expliquant en quoi il découlait de l'œuvre du pédagogue brésilien Paulo Freire (1970) sur l'éducation comme moyen de se libérer d'une oppression. Je suis partie de la définition donnée par Julian Rappaport en 1987, dans le champ de la psychologie communautaire : « *un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés acquièrent la maîtrise de leurs vies* ». J'ai alors adopté cette définition de l'*empowerment* communautaire : « *un processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leur vie en changeant leur environnement social et politique afin d'accroître l'équité et d'améliorer leur qualité de vie* » (Wallerstein, 1992). L'*empowerment* est reconnu à la fois comme un résultat en soi, et comme une étape intermédiaire

vers une amélioration de l'équité en matière sociale et de santé. Par la suite, en réalisant une revue de la littérature sur l'*empowerment* de différentes populations, j'ai découvert des données scientifiques sur les résultats intermédiaires et à long terme obtenus pour les jeunes, l'égalité femmes-hommes, les personnes séropositives ou vivant avec le sida, les communautés défavorisées ou marginalisées, ainsi que les patients et le personnel soignant.

S. A. : **Qu'avez-vous souligné dans votre rapport pour l'OMS ?**

N. W. : Les études consacrées à l'efficacité des stratégies d'*empowerment* ont montré que ces dernières produisaient des effets d'une part aux niveaux psychologique, organisationnel et communautaire ; d'autre part au sein des foyers et des familles, dans les programmes et les services (tels que la santé, les systèmes d'approvisionnement en eau et l'éducation), et aux niveaux économique, politique et juridique. Seuls quelques chercheurs ont mobilisé des méthodes susceptibles de produire des données d'un haut niveau de preuve selon les classifications habituelles. Cependant, il existe des données probantes issues de protocoles de recherche complexes selon lesquelles les projets visant l'*empowerment* peuvent produire des résultats en termes de santé et constituer des stratégies valides de santé publique.

S. A. : **Quels sont les résultats les plus spectaculaires des stratégies d'empowerment ?**

N. W. : Un grand nombre d'études ont porté sur l'*empowerment* de populations marquées par l'exclusion sociale (par exemple les femmes,

les jeunes, les personnes à risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine – VIH, et les pauvres), bien que le recours à l'*empowerment* convienne également pour d'autres populations et d'autres questions de santé publique. Les interventions visant l'*empowerment* des jeunes ont produit de multiples résultats en termes de développement du pouvoir d'agir et en termes de santé : renforcement du sentiment d'efficacité personnelle et collective, renforcement de la cohésion du groupe, constitution de groupes de jeunes inscrits dans la durée, accroissement de la participation à des activités structurées, y compris l'action sociale en faveur de la jeunesse et du changement politique, entraînant une amélioration de la santé mentale et des résultats scolaires. Dans le champ de la prévention de l'infection à VIH et du sida, les stratégies d'*empowerment* menées à plusieurs niveaux et s'attaquant aux inégalités liées au sexe ont amélioré l'état de santé et réduit les taux d'infection. Les interventions visant l'*empowerment* des femmes dans les secteurs économique, éducatif et politique ont eu un impact majeur sur leur qualité de la vie, leur autonomie et leur capacité à exercer une autorité ; elles ont également entraîné des changements politiques et amélioré la santé des enfants et des familles. Les stratégies d'*empowerment* des patients et des familles ont accru la capacité des patients à prendre en charge leur maladie, à adopter des comportements plus favorables à la santé et à utiliser plus efficacement les services de santé ; elles ont également renforcé l'efficacité des aidants et leur capacité à faire face aux difficultés. Des

L'ESSENTIEL

▣ **Nina Wallerstein, chercheuse américaine, est pionnière sur l'empowerment, l'accroissement du pouvoir d'agir, et son impact sur la santé. En 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lui a confié la rédaction d'un rapport qui a fait date sur l'empowerment et la santé. Depuis, l'empowerment est resté au cœur de ses recherches. Elle a accepté de répondre à nos questions, avec Noelle Wiggins, également spécialiste de l'empowerment, de la santé et des inégalités. Elles expliquent pourquoi et comment l'empowerment (accroissement du pouvoir d'agir) est efficace pour réduire les inégalités de santé, en se fondant sur les revues scientifiques de littérature. Ces dernières ne laissent pas planer le moindre doute sur l'intérêt de recourir à l'empowerment en santé publique.**

coalitions et des partenariats intersectoriels favorisant l'empowerment, grâce à une participation accrue de la population et à des changements dans les environnements et les politiques, ont permis d'obtenir des résultats en termes d'état de santé de la population. En d'autres termes, nous disposons de la preuve scientifique que l'empowerment améliore l'état de santé de la population.

S. A. : Avez-vous réuni d'autres données sur l'efficacité des stratégies d'empowerment depuis 2006 ?

Nina Wallerstein et Noelle Wiggins : De nombreuses études publiées depuis 2006 ont contribué à alimenter la base de données sur l'efficacité des stratégies d'empowerment. Par exemple, sur PubMed, en décembre 2018, la recherche « empowerment » ET « santé » en titre et/ou en résumé sur les dix dernières années donnait 3 990 résultats correspondant à différents types de travaux : évaluation du pouvoir prédictif de l'empowerment psychologique en termes de participation des patients âgés à leurs soins de santé (Sak *et al.*, 2017), études sur l'association entre empowerment individuel dans le domaine de la santé et comportement favorable à la santé chez les

adolescents afro-américains et blancs non hispaniques atteints d'une maladie chronique (Tucker *et al.*, 2014), ou études sur la relation entre empowerment et observance des traitements médicamenteux (Náfrádi *et al.*, 2017).

Il ne s'agit pas ici de dresser un état des lieux de la recherche sur les relations entre empowerment et santé, mais les résumés tirés de quelques revues de premier plan suggèrent que les données probantes se sont multipliées à ce sujet depuis 2006.

S. A. : Disposez-vous d'exemples précis démontrant l'efficacité confirmée de l'empowerment ?

N. Wallerstein et N. Wiggins : Par exemple, une revue systématique de la littérature effectuée par le Dr Wiggins en 2012 a permis d'étudier l'impact de l'éducation populaire (en tant que stratégie d'empowerment spécifique) à la fois sur le pouvoir d'agir et sur la santé. Également connue sous le nom de pédagogie freirienne ou d'émancipation, l'éducation populaire est une philosophie et une méthodologie visant à bâtir une société juste en créant des cadres dans lesquels les personnes privées de pouvoir peuvent apprendre et développer leurs connaissances afin de résoudre des problèmes au sein de leur communauté (Wiggins, 2011). Cette revue a permis de conceptualiser l'empowerment comme un modèle pluridimensionnel : plusieurs niveaux – individu, organisation et communauté –, lieux de l'empowerment – interne et externe – et composantes de l'empowerment – ensemble des éléments qui le définissent. Vingt-neuf études menées dans dix pays satisfaisaient les critères de cette revue. Les conclusions montrent que l'éducation populaire est efficace dans huit domaines relatifs au pouvoir d'agir et six domaines relatifs à la santé. En 2014, le Dr Wiggins et ses collègues ont mené une étude fondée sur une approche participative et communautaire, des méthodes mixtes et un plan quasi expérimental afin de comparer les effets de l'éducation populaire et ceux de l'éducation conventionnelle dans cinq domaines en lien avec la santé chez des acteurs en santé communautaire. Les résultats de cette étude suggèrent que

si les deux méthodes pédagogiques sont efficaces dans le développement de connaissances en matière de santé, la stratégie d'empowerment l'est davantage dans l'amélioration de la confiance en soi (sentiment d'« être capable »), dans la prise d'initiatives visant à instaurer un changement et dans la mise en place d'actions destinées à transmettre de nouvelles compétences.

Par ailleurs, d'importants progrès ont été faits en termes de mesure de l'empowerment, tant au niveau individuel que communautaire. Par exemple, Pratley (2016) a effectué une revue systématique des associations existant entre les mesures quantitatives de l'empowerment des femmes, l'accès aux soins et l'état de santé des femmes et de leurs enfants. Il a notamment découvert des corrélations statistiquement significatives « entre l'empowerment des femmes et différentes composantes de la santé des mères et de leurs enfants, comme le soin prénatal, la présence de personnel qualifié à l'accouchement, l'utilisation de moyens de contraception, la mortalité infantile, la vaccination complète, l'état nutritionnel et l'exposition à la violence ». En conclusion, il explique que les articles analysés « confirment l'hypothèse selon laquelle l'empowerment des femmes est positivement associé à des résultats favorables en termes de santé des mères et de leurs enfants, et ce de manière significative » (p. 119).

S. A. : Selon votre rapport, la mise en œuvre d'une politique publique favorable et la participation active des gouvernements et des décideurs sont donc des préalables incontournables à l'empowerment de la population ?

N. Wallerstein : Absolument. Depuis mes recherches de longue date sur l'empowerment et le rapport OMS de 2006, je me suis attelée au développement de la recherche participative fondée sur la communauté (RPC) dans le domaine de la santé. Ce terme compte divers synonymes à travers le monde, notamment dans d'autres disciplines : recherche-action ou recherche-action participative, recherche collaborative, recherche en santé participative, recherche axée sur la participation communautaire...

En termes de principes, de stratégies et d'objectifs, la RPC s'intéresse particulièrement aux enjeux liés au contexte, au développement de l'autonomie et du pouvoir d'agir.

Au cours des trente dernières années, les stratégies de RPC ont peu à peu été reconnues efficaces dans la réduction des inégalités de santé (Wallerstein *et al.*, 2018 ; O'Mara-Eaves *et al.*, 2015 ; Anderson *et al.*, 2015 ; Drahota *et al.*, 2016 ; Dickerson *et al.*, 2018). Ces stratégies concernent notamment les changements au niveau politique (Minkler, 2012 ; Cacari-Stone *et al.*, 2018) et la mise en place de politiques de santé favorisant l'*empowerment* des communautés. Les professionnels de la RPC ont ainsi suivi des principes bien établis, selon lesquels il est nécessaire de s'appuyer sur les ressources de la population et sur des engagements à long terme, de développer les compétences et l'*empowerment* au niveau local et d'instaurer un changement durable en termes d'équité sociale et de santé (Israel *et al.*, 2013 ; Wallerstein *et al.*, 2018). Le partage du pouvoir étant un processus et un résultat-clé en RPC, les stratégies d'*empowerment* se sont avérées indispensables pour remettre en question les systèmes hiérarchiques inégalitaires, qu'ils soient en place au sein des universités, entre la communauté et les partenaires universitaires, ou au sein de la société. La RPC propose donc des stratégies d'*empowerment* fondées sur la philosophie et les méthodes d'émancipation préconisées par le pédagogue brésilien Paulo Freire. Ce dernier recommandait en effet des pratiques de réflexion et d'action inspirées de l'éducation populaire, destinées à la coproduction de connaissances en vue de l'instauration d'un changement. Pour être efficaces en matière de santé, ces réflexions et actions requièrent une parfaite compréhension du contexte local et des cibles du changement, qui sont multidimensionnelles, multisectorielles et multiniveaux. Les politiques publiques et l'engagement proactif des gouvernements, des décideurs sont notamment visés afin de réunir plus facilement les conditions favorables à l'amélioration de la santé des communautés, des familles et des personnes.

S. A. : **Comment avez-vous travaillé depuis 2006 sur la recherche participative fondée sur la communauté ?**

N. Wallerstein : Plus spécifiquement, depuis 2006, mon équipe de recherche à l'université du Nouveau-Mexique alimente une base de données de RPC menées dans le cadre de trois cycles de financement des instituts nationaux de la santé aux États-Unis, et de partenariats entre les universités et les communautés. À partir de revues approfondies de la littérature et de cycles itératifs de productions d'avis d'experts ont été identifiés un modèle conceptuel de RPC (Wallerstein *et al.*, 2018 ; Belone *et al.*, 2016), ainsi que des outils de mesure et des indicateurs d'évaluation. Des connaissances relatives aux facteurs contextuels, aux processus de partenariat, à la participation au plan d'étude des parties prenantes au sein de la population, ainsi que des résultats dans plusieurs secteurs et sur différents niveaux de changement ont également été produits. Les facteurs contextuels (aux niveaux local, régional et national), l'importance accordée à la santé, l'environnement socio-économique et les autres facteurs environnementaux, la confiance historique dans la collaboration, etc. ont un impact sur la capacité à se rassembler et à travailler efficacement ensemble, y compris de manière intersectorielle. Ensuite, les processus de partenariat influent sur la manière dont les recherches et les actions sont menées au niveau communautaire, ce qui contribue à l'impact sur la santé ainsi qu'à d'autres résultats intermédiaires relatifs aux systèmes, politiques et capacités des parties prenantes, comme le partage du pouvoir et l'*empowerment*, indispensables pour la mise en place de changements durables en matière de santé. Un modèle structurant les paramètres-clés d'un partenariat, issu d'une enquête en ligne sur 400 partenariats communautaires/universités financés par le gouvernement fédéral américain, a permis de démontrer l'importance de la dynamique des relations – confiance, prise de décision participative, efficacité du leadership – et des facteurs structurels – accords formels, partage des ressources – qui favorisent le partage du pouvoir et contribuent aux résultats intermédiaires et distaux (Oetzel *et al.*,

2018). Disponible en espagnol, portugais, suédois et allemand, ce modèle est actuellement utilisé partout dans le monde pour planifier et évaluer les changements au niveau communautaire. Aux États-Unis, la subvention *Engage for Equity* (Engagement pour l'équité) des instituts nationaux de santé, allouée au Centre de recherche participative de l'université du Nouveau-Mexique, a permis de développer des outils et des ressources quantitatifs et qualitatifs en vue de renforcer les partenariats et la capacité des partenaires à réfléchir collectivement sur leurs actions (<https://engageforequity.org>).

Une revue systématique (Laverack, Pratley, 2018) a fourni d'autres informations sur la relation entre *empowerment*, politique publique et gouvernements, des décideurs, en insistant sur l'importance de l'organisation et du fonctionnement des gouvernements dans l'*empowerment* des populations. Il y est notamment expliqué que « *Les pays dotés d'une meilleure gouvernance, d'institutions publiques responsables capables de s'adapter à un large électorat, de sociétés civiles puissantes et de cadres juridiques équitables sont généralement plus efficaces dans la mise en œuvre de réformes ciblant les populations défavorisées et permettant aux citoyens de développer leur pouvoir d'agir* » (p. 16).

S. A. : **Depuis 2006, avez-vous observé des avancées en matière de soutien politique et de mise en place de programmes d'empowerment dans le monde ?**

N. Wallerstein et N. Wiggins : L'usage de ce terme dans ses différentes dimensions (*empowerment* psychologique, organisationnel et communautaire) s'est largement étendu. Il est très satisfaisant de constater que l'importance de l'*empowerment* structurel et communautaire est désormais reconnue. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé a souligné, en 2018, le caractère essentiel des stratégies d'*empowerment* à visée de transformation sociale, dans la publication intitulée *Quelles méthodes quantitatives et qualitatives ont été développées afin de mesurer l'empowerment communautaire au niveau national ?* (Laverack, Pratley). Cette reconnaissance de l'enjeu, pour les

communautés, de parvenir à devenir autonomes par leurs propres moyens indique que l'on prend en considération l'importance du contexte politique et de la mise en place de mesures destinées à évaluer l'*empowerment*. Parmi les indicateurs utilisés figurent la mesure de l'égalité entre les sexes – les femmes qui prennent des décisions au sein du foyer et participent à la sphère politique² – et également d'autres indicateurs de gouvernance, comme la transparence et le pourcentage de communautés dotées d'infrastructures adaptées, etc. Une fois clairement identifiés, ces facteurs contextuels ayant un impact sur l'autonomie des populations permettent de bien définir l'*empowerment* à la fois comme un processus et un résultat, incluant le développement communautaire et les programmes de promotion de la santé, les stratégies de plaidoyer, l'analyse des politiques visant l'équité en matière de santé, et la transformation sociale.

S. A. : Depuis 2006, vos recherches ont-elles confirmé que : « les interventions d'*empowerment* des jeunes ont produit de multiples résultats en termes d'*empowerment* et de santé » ?

N. Wallerstein et N. Wiggins : Depuis ce rapport paru en 2006, on observe toujours un grand intérêt pour l'*empowerment* des jeunes, tant dans le domaine de la santé que dans celui de l'éducation, notamment à travers la recherche-action participative pour la jeunesse (RAPJ). On peut notamment citer diverses initiatives à l'échelle internationale, comme le programme *Kids in Action* de la Collaboration internationale pour la recherche participative en santé, qui vise à identifier et à favoriser la participation des jeunes à la recherche et à des programmes aux quatre coins du monde (www.icphr.org), ainsi que le site YPARhub, en cours de développement : <http://yparhub.berkeley.edu/learn-about-ypar/>

En décembre 2018, les recherches « jeunesse et *empowerment* » et « *empowerment* des jeunes et des communautés » sur PubMed et PsychInfo ont mis en évidence plus de 280 nouvelles parutions depuis le rapport de 2006. Une rapide revue des titres et de quelques résumés sélectionnés permet

de dégager certaines tendances. La plupart du temps, les interventions à visée d'*empowerment* concernent les jeunes ; elles cherchent à renforcer les facteurs de protection comme l'activité physique (Anna-Karin *et al.*, 2014) et à contrebalancer les facteurs de risque : obésité, comportements violents, alcool, drogues, etc.. Nombre d'entre elles ciblent également des populations jeunes spécifiques, comme les jeunes atteints d'épilepsie (Hilberink *et al.*, 2018 ; Price *et al.*, 2015), ceux présentant un handicap physique (McPherson *et al.*, 2018), ou encore les enfants atteints de cancer (Bruggers *et al.*, 2018) et les jeunes adultes (Bower, Sowerby, Duff, 2018). Si les articles identifiés par les recherches dans les bases de données concernent principalement les États-Unis, les études sur l'*empowerment* des jeunes portent aussi fréquemment sur les populations de pays à revenus faibles et moyens, comme l'Afrique du Sud, l'Ouganda, la Malaisie, la Thaïlande et les régions tribales de l'Inde.

Par ailleurs, si ces interventions s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de la classe ou des heures suivant la classe, d'autres impliquent l'utilisation de jeux vidéo (Bruggers *et al.*, 2018) ou d'un outil numérique pour faire évaluer par les jeunes le rôle que peuvent jouer les Smartphones, les réseaux sociaux et Internet pour promouvoir l'activité physique – le *Community Park Audit Tool* (CPAT) (Besenyi *et al.*, 2018), d'autres se présentent sous la forme d'un projet scientifique auquel les citoyens participent (Brickle *et al.*, 2017). On dénombre notamment plusieurs projets visant à améliorer ou à protéger la santé en favorisant l'*empowerment* économique, comme celui mené en Ouganda qui s'est appuyé sur un essai randomisé pour étudier les effets d'une intervention encourageant les jeunes à économiser de l'argent (Jennings *et al.*, 2015). En plus d'économiser, les jeunes faisant partie du groupe d'intervention ont amélioré leur score comportemental en matière de prévention du sida.

Ces articles citent également d'autres résultats spécifiques, comme l'augmentation des facteurs de protection contre le VIH et de prévention des grossesses, ainsi qu'un engagement

plus prononcé dans la lutte contre l'injustice environnementale (Brickle *et al.*, 2017), l'augmentation des comportements prosociaux (Zimmerman *et al.*, 2017), une meilleure observance des traitements antirétroviraux chez les jeunes porteurs du VIH (Kaihin *et al.*, 2014) et une meilleure résilience (Sarkar *et al.*, 2017). En outre, des études d'observation reposant sur des bases de données existantes, comme la *Minnesota Student Survey*, suggèrent que l'*empowerment* agit comme facteur de protection contre le suicide, la dépression et l'automutilation (Wilhelm *et al.*, 2017).

S. A. : Quels obstacles entravent la mise en œuvre de programmes et d'interventions visant à rendre les personnes autonomes en matière de santé, en particulier les jeunes ?

N. Wallerstein et N. Wiggins : À l'échelle internationale, le principal obstacle est le manque d'offres d'emplois légaux pour les jeunes, qui est dû à trois facteurs : le changement climatique (qui a un impact sur le secteur agricole rural) ; le manque d'infrastructures dans la plupart des pays en développement où il existe des barrières structurelles à l'équité et sur lesquels pèsent également les mesures d'austérité imposées par les institutions économiques mondiales ; enfin, le manque d'investissements appropriés au niveau local.

Étant donné les enjeux économiques auxquels la jeunesse fait face aujourd'hui, il est extrêmement difficile de définir des stratégies et des programmes d'*empowerment* viables. L'appel à l'action de Muhammad Yunus, pour l'évolution des entreprises vers un modèle social s'intéressant autant à la création d'emplois qu'aux personnes et à la planète, crée pour les jeunes une opportunité de prendre en main leur vie privée, leur vie professionnelle et aussi leur santé.

Dans l'édition 2018 de *Community-Based Participatory Research (CBPR) for Health* – Recherche participative fondée sur la communauté – (Wallerstein, *et al.*), Ozer et Piatt (2018) donnent plusieurs exemples d'interventions d'*empowerment* des jeunes dans leur chapitre consacré à la recherche-action participative menée par les jeunes (RAPJ). Ils décrivent notamment

un projet de RAPJ impliquant de jeunes indigènes guatémaltèques, mené par l'organisation *Voces y Manos* (Des voix et des mains). Afin de déterminer les objectifs prioritaires du projet, les jeunes les plus âgés ont d'abord animé des groupes de discussion en posant des questions ouvertes aux adolescents plus jeunes. Les thèmes qui ont découlé de ces discussions ont ensuite été débattus par le groupe dans son ensemble, et une enquête a été conduite auprès d'un échantillon aléatoire d'élèves de lycée. Une fois les données collectées, les animateurs adultes ont formé les jeunes chercheurs à l'analyse et à la présentation de données par le biais de graphiques. Après en avoir conclu que leurs observations mettaient en évidence un manque d'infrastructures permettant d'aider les jeunes au niveau local, les jeunes chercheurs ont invité les candidats à la mairie de la ville à participer à un forum public, au cours duquel ils ont présenté leurs constats et leurs propositions politiques. Ils ont su utiliser efficacement les médias afin d'attirer l'attention sur cet événement et d'augmenter le nombre de participants ; ils ont également su exploiter leurs connaissances dans le domaine du numérique et leurs compétences en calcul pour obtenir l'implication des participants dans une activité autour du discours scientifique. Enfin, les sept candidats à la mairie ont adhéré à leur proposition de financer un Bureau de l'enfance et de l'adolescence déjà existant, mais ne percevant pas d'aide financière.

S. A. : *Quelles conditions essentielles doivent être réunies dans le cadre d'une recherche-action participative menée par les jeunes, pour développer leur empowerment ?*

N. Wallerstein et N. Wiggins : Ozer et Piatt (2018) insistent sur un certain nombre de conditions indispensables, spécifiquement dans le cadre d'une RAPJ. Il s'agit : « (1) de permettre à de jeunes participants de se former, d'effectuer un travail de recherche, d'acquérir un mode de pensée critique et de définir une stratégie de changement ; (2) de porter une attention particulière à un partage intentionnel du pouvoir entre jeunes et adultes ; (3) d'intégrer les phases de recherche itérative et d'action au projet » (p. 96). Les principes de la RAPJ

supposent de considérer les jeunes comme des experts et des créateurs de connaissance, plutôt que comme une source d'inquiétude ou une menace, de développer des relations de confiance et des compétences de communication entre et chez les participants jeunes et adultes, et enfin de veiller au suivi par les jeunes des principaux aspects du projet.

S. A. : *En conclusion, quelles actions recommandez-vous pour l'empowerment des jeunes ?*

N. Wallerstein et N. Wiggins : Nombre des recommandations fournies dans le rapport de 2006 sont toujours d'actualité :

- intégrer des stratégies d'empowerment dont l'efficacité a été prouvée, dans la programmation de la promotion de la santé ;
- utiliser des stratégies documentées ayant fait leurs preuves au sein des populations marginalisées et soutenir les partenariats et coalitions qui travaillent avec ces populations ;
- renforcer les liens entre participation, empowerment psychologique et sens de la communauté par le biais de stratégies reposant sur les réseaux culturels et communautaires existants ;
- investir dans la recherche fondée sur différentes méthodologies impliquant la participation active des communautés (en tant que leader ou partenaire) et permettant d'évaluer les programmes dans leur contexte sociopolitique ;
- investir dans des études permettant de tester l'hypothèse de la valeur ajoutée des stratégies d'empowerment participatives en termes d'amélioration de la santé ;
- promouvoir des travaux en vue de perfectionner les outils de mesure des différents domaines et niveaux d'empowerment ;
- former les professionnels de la santé, du développement, les prestataires de service, les décideurs politiques et les leaders communautaires aux stratégies d'empowerment des populations, ainsi qu'à la recherche et à l'évaluation participatives (prise de décision en partenariat, principes éthiques, dynamique des pouvoirs, compétences interorganisationnelles et contribution à la participation authentique des communautés) ;

● soutenir les interventions multineuves intégrant l'empowerment des communautés aux politiques nationales et régionales afin d'améliorer les perspectives en matière économique, politique et de droits de l'homme, afin d'avoir un plus grand impact en termes de réduction des inégalités dans le domaine de la santé et de l'exclusion sociale.

La grande majorité des interventions d'empowerment des jeunes visent à moduler leur comportement en augmentant les facteurs de protection et en réduisant les facteurs de risque. Si ces interventions ne sont ni anodines ni inutiles, il est nécessaire de privilégier celles qui, comme le programme d'action sociale pour les adolescents (*Adolescent Social Action Program – Asap*), à présent terminé, et les stratégies d'empowerment des jeunes (*Youth Empowerment Strategies! – YES!*), sont explicitement destinées à renforcer le pouvoir d'agir collectif des jeunes en les impliquant dans un plaidoyer pour la transformation des quartiers et des établissements scolaires afin qu'ils deviennent promoteurs de santé. ■

Propos recueillis par Christine Ferron, Yves Géry, Éric Le Grand et Virginie Poujol.

1. N. Wallerstein. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Organisation mondiale de la santé Europe, 2006 : 37 p En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
2. Comme Nina Wallerstein l'avait identifié plus tôt. (NDLR)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Pour consulter les références bibliographiques citées dans cet entretien, accéder depuis Internet au lien suivant : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/446/references-bibliographiques-wallerstein-wiggins.pdf>
Ou contacter Nina Wallerstein : NWallerstein@salud.unm.edu
Pour consulter le modèle CBPR cité dans cet entretien, accéder depuis Internet au lien suivant : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/446/modele-conceptuel-cbpr.pdf> ou : <https://engageforequity.org>, et au UNM Center for Participatory Research, <https://cpr.unm.edu/research-projects/cbpr-project/cbpr-model.html>

Empowerment au Québec : pour une participation des jeunes aux décisions territoriales

Julie Richard,

doctorante en santé communautaire à l'université Laval (Québec), chargée de projet de recherche du collectif Collectivités amies des jeunes (CADJ),

Émilie Dufour,

Coordonnatrice de la démarche Développement social intégré (DSI), municipalité régionale de comté (MRC) de Charlevoix,

collectif Collectivités amies des jeunes (CADJ),

Lucie Gélinau,

Ph. D. professeure régulière, codirectrice du module de travail social, département de psychosociologie et travail social, université du Québec (Rimouski), campus de Lévis,

Sophie Dupéré,

Ph. D. professeure agrégée, faculté des Sciences infirmières, université Laval (Québec).

Utiliser la recherche-action participative et le théâtre d'intervention pour soutenir la prise de parole des jeunes et l'empowerment individuel et collectif, c'est le pari que le collectif Collectivités amies des jeunes (CADJ)¹ a relevé pour contribuer à la réduction des écarts de bien-être sur le territoire de Charlevoix² au Québec. Hautement préoccupés par la réalité vécue par les jeunes à Charlevoix, des acteurs communautaires, institutionnels et municipaux ont initié une recherche-action participative dans le but de comprendre les préoccupations et les aspirations des jeunes – volet recherche – pour mieux agir avec eux – volet action –, dans une perspective d'empowerment et de développement territorial intégré et solidaire.

La participation permet d'influencer la santé des personnes et des communautés et s'inscrit comme une composante d'un processus d'empowerment [1 ; 2]. En accord avec Wallerstein [3], l'équipe de chercheurs appréhende l'empowerment comme un processus d'action sociale favorisant la participation des personnes, des organisations et des communautés vers des objectifs d'amélioration du contrôle individuel et communautaire et de l'efficacité politique, pour une meilleure qualité de vie et une plus grande justice sociale³.

Recherche-action participative

Cette recherche-action participative s'est inspirée des recherches conscientisantes à portée transformative [4 ; 5 ; 6]. Les acteurs affirment s'inscrire dans un processus rigoureux de production de connaissances avec les jeunes qui vivent le phénomène ; ils reconnaissent également la légitimité des savoirs tirés de leur réalité vécue. Les acteurs ont donc souhaité agir, dans une perspective de droit et de justice sociale, sur les structures perpétuant les inégalités sociales [4 ; 6 ; 7]. Reconnus comme co-chercheurs accompagnés, les jeunes ont pu contribuer à l'élaboration des questions de recherche en participant par exemple à un *Vox pop*⁴ radiophonique qui leur a permis de partager leur point de vue sur le territoire. Ils ont participé aux groupes de discussion et ainsi contribué au processus de cartographie participative⁵. Cette méthode de collecte de données a permis de mettre en lumière leurs aspirations et, surtout,

L'ESSENTIEL

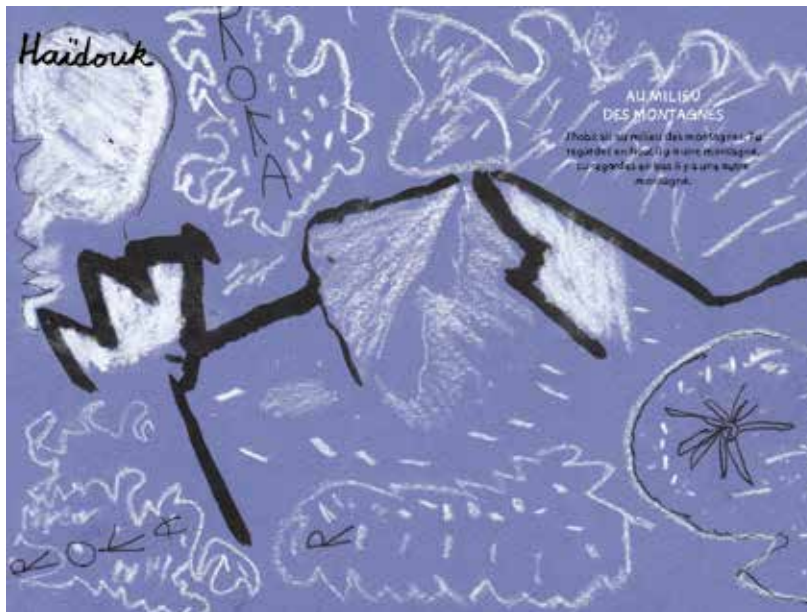
■ **Au Québec sur le territoire de Charlevoix, les acteurs – institutionnels, municipaux, communautaires – ont initié une recherche-action participative avec des jeunes afin d'entendre leurs aspirations et les préoccupations relativement au développement du territoire. Le fait d'être considérés comme des acteurs légitimes est un premier pas dans le processus d'empowerment : leur analyse prise en compte, ils se sentent « utiles pour la société ».**

■ **Par le biais d'une pièce de théâtre qui mettait en scène leurs préoccupations, ils ont pu ouvrir le dialogue avec les décideurs et élaborer des recommandations. Au-delà de cette démarche, pour pérenniser la participation des jeunes et améliorer leurs conditions de vie, le plus déterminant est d'y consacrer les ressources financières et l'accompagnement nécessaires.**

leurs préoccupations liées au fait de vivre sur ce territoire caractérisé par des défis démographiques et socio-économiques affectant leurs conditions de vie.

Quelques résultats saillants de la recherche

Cette recherche a permis de saisir la force de l'attachement des jeunes à leur région ainsi qu'un ensemble d'éléments positifs – tels que les liens familiaux et la proximité intergénérationnelle – qui leur donnent envie d'y demeurer ou d'y revenir. Cependant,



la majorité d'entre eux s'interrogent sur leur place dans ce territoire tandis que des mesures sont prises pour les éloigner des espaces publics à fort achalandage touristique. Ils se questionnent sur la faible importance que leur accordent les instances politiques locales, comparativement à d'autres groupes, comme les aînés ou la population touristique. Ils sont fortement préoccupés par le contexte socio-économique et par son incidence sur leur qualité de vie (éducation, logement, transport, participation citoyenne, augmentation des coûts des loisirs), et se projettent difficilement en futurs résidents de ce territoire. La façon dont les jeunes envisagent leur avenir se traduit en divers scénarios, plus prometteurs pour ceux qui auront accès aux opportunités offertes par la mobilité. Pour demeurer sur le territoire, certains feront des compromis sur leurs aspirations et sur leurs conditions de vie alors que d'autres jeunes, rendus invisibles par la marginalisation, verront se restreindre les possibilités de formation et d'emploi, les laissant à l'écart des décisions qui pourraient contribuer à des changements qui leur seraient favorables. Un scénario qui contribue à perpétuer les inégalités socio-économiques et qui ne favorise en rien l'*empowerment* des jeunes.

Un théâtre d'intervention pour transmettre les résultats

L'équipe de recherche était soucieuse d'amorcer un dialogue plus large avec les acteurs concernés par la jeunesse et avec les élu.e.s, et de

rendre compte de ces résultats. Elle a ainsi eu recours au théâtre d'intervention [9], utilisé pour stimuler l'élaboration d'alternatives concrètes pour des problématiques vécues au sein de groupes ou de communautés. Accompagnée par un organisme expert en la matière et avec les jeunes, l'équipe a pu traduire les résultats en format adapté pour le théâtre et initier certain.e.s participant.e.s des groupes de discussion aux rudiments de base afin qu'ils/elles se sentent compétent.e.s pour incarner les résultats et porter la parole des jeunes qu'ils/elles représentaient. Cette étape d'analyse collective a permis d'identifier des pistes d'actions formulées par les jeunes afin de les projeter dans un cadre de développement intégré du territoire.

Retombées et perspectives

Selon nos observations et les témoignages recueillis, cette expérience dialogique a permis des avancées individuelles et collectives significatives. Pour certains jeunes, le processus d'apprentissage qui a mené à la réalisation de la pièce de théâtre a contribué à renforcer des compétences – expression de soi, prise de parole – favorisant l'estime de soi. Le simple fait d'avoir eu un espace de prise de parole au sein des *focus groups* et lors de la diffusion des résultats, et d'être reconnus comme acteurs légitimes a représenté pour d'autres un premier pas du processus d'*empowerment* décrit par Ninacs [10 ; 11]. « *On ne nous avait jamais questionnés sur ces*

sujets-là » (participante âgée entre 12 et 17 ans). « *C'est la première fois que je me sens utile pour la société* » (participant âgé entre 12 et 17 ans). Ainsi légitimés comme acteurs sociaux avec cette possibilité de partager leurs savoirs, les jeunes ont pu expérimenter les premiers balbutiements d'un certain pouvoir d'agir, notamment par la prise de conscience de la portée d'influence potentielle de leur parole.

Participation durable aux décisions qui les concernent

Suite à l'expérience du théâtre d'intervention, les acteurs communautaires, institutionnels et municipaux ont créé un chantier jeunesse afin d'accroître l'efficacité des interventions en termes d'impact sur la santé et sur le bien-être des jeunes, particulièrement pour les plus défavorisés d'entre eux. Ce chantier poursuit ses activités territoriales qui visent à harmoniser les actions jeunesse en cohérence avec des principes de réduction des écarts de bien-être. Ces travaux collectifs visent notamment à intégrer dans la gouvernance territoriale les préoccupations des jeunes (emploi, éducation, transport, famille, accès à la propriété). Cette recherche-action a permis aux acteurs jeunesse et multisectoriels de se mobiliser collectivement et d'être en phase avec une vision plus intégrée du développement territorial. Ces avancées collectives contribuent à l'inclusion de la voix et de la participation durable des jeunes dans les décisions qui les concernent. Cet engagement participatif des jeunes les aide à se forger une identité positive et en outre les prépare à un engagement authentique au sein de leur communauté. Enfin, il peut prévenir diverses problématiques (décrochage scolaire, violence, addictions, etc.) et interrompre le processus de désaffiliation (perte du sentiment d'appartenance) [12].

Améliorer les conditions de vie des jeunes à plus long terme

À plus long terme, le principal défi est de pérenniser cette participation dans l'action collective pour générer un impact significatif sur l'amélioration des conditions de vie des jeunes. En effet, des ressources

et de l'accompagnement sont nécessaires pour adapter les structures socio-politiques et les actions en prenant en compte la réalité des jeunes. Ici se pose la question du partage équitable des ressources et des pouvoirs entre les jeunes et les adultes [12]. Les jeunes ayant besoin d'accompagnement pour que leur expérience de participation demeure positive, des ressources financières doivent être investies afin qu'ils puissent influencer durablement les acteurs décisionnels. Toutefois, cette logique place les adultes dans une posture où ils détiennent le pouvoir de décider de la forme, voire du contenu de ces espaces participatifs [13]. Il serait judicieux de remettre en cause cette logique pour soutenir l'émergence d'un réel processus partenarial entre les jeunes et les adultes, au sein duquel il serait possible d'aborder les questions de pouvoir partagé et ainsi tendre vers un *empowerment* des jeunes et des communautés [12 ; 7].

Inclure les jeunes dans les décisions qui ont un impact sur leur propre vie

En conclusion, cette recherche-action participative aura permis de créer un espace ouvert et chaleureux afin que les jeunes puissent y exprimer sans réserve leur perspective. L'approche théâtrale retenue pour la diffusion des résultats a favorisé l'*empowerment* des jeunes sur les plans individuel et collectif : l'analyse des jeunes a été reconnue et intégrée dans les réflexions stratégiques qui encadrent l'action collective du territoire. Enfin, l'ensemble du processus de la recherche-action participative a contribué à la transformation des pratiques collectives et à l'émergence, sur le territoire de Charlevoix, d'une démocratie participative significative et inclusive des jeunes dans les décisions qui affectent leur propre vie. Elle aura contribué à la mise en place d'une collaboration locale entre les acteurs multisectoriels concernés par la jeunesse. Ce système intègre désormais le point de vue des jeunes pour encadrer l'amélioration ou la consolidation des pratiques, l'action collective et le développement des communautés. ■

Pour en savoir plus

- Richard J., Lessard C., Tremblay L.-F., Dufour É., Kègle R., Viel-Patry M., et al. « *Quand les jeunes prennent la parole* », *Recherche-action participative avec des jeunes de Charlevoix âgés entre 12 et 17 ans* [Rapport synthèse]. Charlevoix : Collectivités amies des jeunes (CADJ), 2016 : 27 p. En ligne : http://www.mrccharlevoix.ca/wp-content/uploads/2013/06/Rapport_synthese_CADJ12_17.pdf
- Vidéo de la démarche avec les 12-17 ans. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=tW8OnOrB15w>.

Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier les membres de la communauté de pratique du Collectif de recherche participative sur la pauvreté en milieu rural pour la révision de l'article et les commentaires qui ont permis d'enrichir la version finale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Hyppolite S.R., O'Neill M. Les conséquences pour les interventions en promotion de la santé d'un nouveau modèle d'*empowerment*. *Promotion & Éducation*, 2003, vol. 10, n° 3 : p. 137-142.
- [2] Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian journal of public health*, 2002, vol. 30, n° 59, suppl. : p. 72-77.
- [3] Wallerstein N. *What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health?* Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, février 2006 : 37 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- [4] Dupéré S., Géliveau L., Adam G., Aubin M., Bélisle M., Bourque-Bouliane M. et al. (2014). *Programme actions concertées. Vers une autonomie alimentaire pour toutes : Agir et Vivre Ensemble le Changement (Avec)* [Rapport scientifique], Québec : Fonds de recherche société et culture, Québec (FRQSC), 2014. En ligne : http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/449016/pauvreté2011-2012_Dupéré_S_rapport+final.pdf/c3da5a2c-e389-4e1d-83ca-72d34747ff9d
- [5] Fals-Borda O., Rahman M.A. (Éds.). *Action and Knowledge: Breaking the Monopoly with Participatory Action-Research*. New York : Apex Press, 1991.
- [6] Dufour, Géliveau L. La recherche-action participative, une voix/voie pour la conscientisation ? L'expérience du PSFL et le droit à une (saine) alimentation. In Ampleman G., Denis L., Desgagnés J.-Y. (dir), *Théorie et pratique de conscientisation au Québec*. Québec : Presse de l'université du Québec, 2012 : p. 167-192.

1. Regroupe l'ensemble des partenaires communautaires, institutionnels et municipaux concernés par la jeunesse du territoire de Charlevoix.
2. Situé entre fleuve et montagne, le territoire de Charlevoix est en périphérie de la ville de Québec – deuxième ville la plus peuplée de l'État québécois. Dit périurbain et rural, ce territoire compte 29 342 habitants, répartis dans 13 municipalités et un territoire montagneux non organisé sur une superficie très étendue de 6 672 km. Ce territoire est prisé pour ses attraits touristiques d'art et de villégiature.
3. Traduction libre des auteurs.
4. Prise de parole spontanée et enregistrée avec microphone radiophonique qui a servi à la réalisation d'une émission de radio.
5. Approche interactive qui s'appuie sur les connaissances des populations locales : les participants constituent des données visuelles et non visuelles et explorent des problèmes sociaux, des opportunités et des questions qui les concernent [8].

- [7] Wallerstein N.B., Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice*, juillet 2006, vol. 7, n° 3 : p. 312-323. En ligne : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.668.9671&rep=rep1&type=pdf>
- [8] Chambers R. Participatory mapping and geographic information systems: whose map? Who is empowered and who disempowered? Who gains and who loses? *The Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries*, 2006, vol. 25, n° 1 : p. 1-11. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/j.1681-4835.2006.tb00163.x>
- [9] Boal A., Lémann D. *Théâtre de l'opprimé*. Paris : La Découverte, 1980.
- [10] Ninacs W.A. *Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire*. Québec : Coopérative de consultation en développement, La Clé, 6 novembre 2003 : 26 p. En ligne : <http://envision.ca/pdf/w2w/Papers/NinacsPaper.pdf>
- [11] Ninacs W.A. *Empowerment et intervention*. Québec : Presses de l'université Laval, 2008.
- [12] Jennings L.B., Parra-Medina D.M., Hilfinger-Messias D.K., McLoughlin K. Toward a critical social theory of youth empowerment. *Journal of Community Practice*, 2006, vol. 14, n°s 1-2 : p. 31-55.
- [13] Wong N.T., Zimmerman M.A., Parker E.A. A typology of youth participation and empowerment for child and adolescent health promotion. *American Journal of Community Psychology*, 2010, vol. 46, n°s 1-2 : p. 100-114. En ligne : https://fyi.uwex.edu/youthadultpartnership/files/2015/03/A-Typology-of-Youth_Wong.pdf

« Le concept d'empowerment s'est diffusé tardivement en France »

Entretien avec

Marie-Hélène Bacqué,

sociologue, professeure d'études urbaines à l'université Paris Ouest – Nanterre La Défense.

La Santé en action : *Quelle est l'origine du concept d'empowerment ?*

Marie-Hélène Bacqué : Ce n'est justement pas un concept au départ mais une notion venant des mouvements sociaux, qui a ensuite été théorisée. Elle émerge au début des années 1970, notamment aux États-Unis quand des femmes s'organisent contre les violences domestiques et pour sortir d'une position de victime. Ces groupes de femmes avaient une dimension politique, car il s'agissait non seulement de retrouver confiance et estime de soi, mais aussi de discuter collectivement des formes structurelles d'inégalités qu'elles affrontaient – inégalités sociales, raciales, domination masculine – et de la façon de les combattre. Ensuite, cette notion a été reprise par des travailleuses sociales qui ont réinterrogé leur rôle auprès de groupes marginalisés ou minoritaires et qui ont privilégié des formes de travail social communautaire, s'appuyant sur des collectifs,

dans une perspective d'émancipation et non plus d'encadrement. Cela a conduit à transformer le rôle des travailleurs sociaux qui sont devenus des appuis, des ressources, des passeurs ; mais en se diffusant, la notion a perdu de sa radicalité.

Dans les années 1980, la notion d'empowerment a été mobilisée par les grandes institutions internationales : l'Organisation des Nations unies (ONU), la Banque mondiale..., pour promouvoir des formes de développement comme le micro-crédit, s'appuyant sur les collectifs locaux de femmes. Toutefois, l'empowerment de ces femmes – qui passait par une critique du développement exogène des pays du tiers-monde et de ce que l'on qualifiait de « modernisation » – a été vidé de son contenu.

S. A. : *Que recouvre aujourd'hui le terme empowerment en France ?*

M.-H. B. : L'empowerment articule deux dimensions : celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Ce processus est à la fois individuel, collectif et politique. Il implique une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance des groupes ou des communautés et de transformation sociale. Aujourd'hui, dans les politiques sociales, on parle davantage de responsabilisation que d'émancipation, et la dimension du pouvoir est occultée.

La notion ne s'est diffusée que tardivement en France, dans les années 2000, au sein des collectifs de professionnels du travail social et des acteurs de la politique de la ville, en réaction à ces logiques de

responsabilisation et à la prévalence des approches individuelles. Il y avait cependant eu auparavant des expériences qui renvoyaient à cette notion, même si elles n'en portaient pas le nom. Je pense au mouvement de la psychiatrie ouverte qui milite pour replacer les malades dans leur lieu de vie, avec l'appui de la collectivité pour les aider à s'y maintenir. Les universités populaires sont un autre exemple ; créées en 1972 par l'association ATD Quart Monde, elles rassemblent des gens vivant en grande pauvreté et d'autres citoyens qui s'engagent à leurs côtés.

S. A. : *Pourquoi la notion d'empowerment rencontre-t-elle des difficultés à s'enraciner en France ?*

M.-H. B. : Notre pays reste un État centralisé où les formes d'actions collectives sont peu reconnues. Les politiques publiques sont globalement conçues sans les citoyens. Les parents ont peu accès à l'école pour participer à l'éducation scolaire ; dans le domaine de la santé, le rapport des patients aux professionnels médicaux est hiérarchisé ; en matière d'urbanisme, les citoyens disposent de peu d'outils d'intervention, on décide pour eux, pour leur bien et au nom de la technique ou d'un intérêt général élaboré dans les hautes sphères. Les politiques publiques et les pratiques qui en découlent s'inscrivent davantage dans une logique d'encadrement social que d'empowerment. Les pratiques du travail social, centrées sur l'accompagnement individuel, en sont un exemple éclairant ; de plus en plus, il est avant tout demandé aux professionnels de rendre des

L'ESSENTIEL

➤ C'est aux États-Unis et en Inde qu'a émergé la notion d'empowerment, quand les femmes se sont organisées contre les violences domestiques.

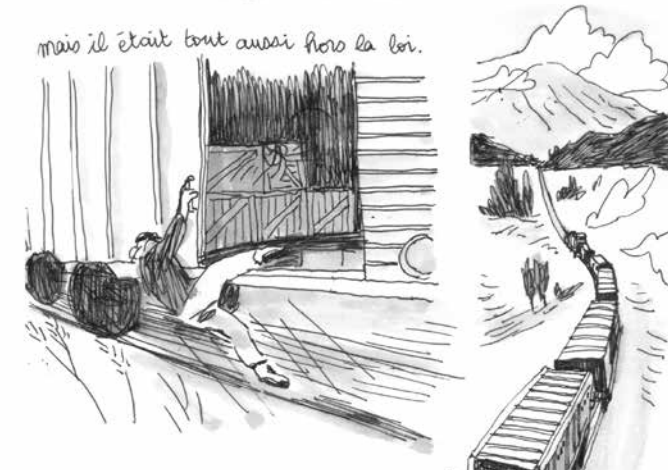
➤ Ce terme ne s'est diffusé que tardivement en France dans les années 2000, au sein du travail social et de la politique de la ville, dans un contexte où les formes d'actions collectives sont peu reconnues, comme l'analyse Marie-Hélène Bacqué.

comptes chiffrés : combien de cas suivis ? Combien d'aides attribuées ? Etc. Tous ces éléments expliquent les freins au développement de démarches d'empowerment qui, quand elles existent, sont souvent entendues dans le sens individuel le plus restrictif.

S. A. : Quelles ont été les mesures mises en œuvre suite au rapport^[1] que vous avez remis au gouvernement en 2013 ?

M.-H. B. : Rien ou pas grand chose n'a été retenu des trente mesures discutées lors d'une conférence qui a rassemblé plus d'une centaine de militants et de responsables associatifs. Nous proposons entre autres la création d'un fonds d'initiative citoyenne, représentant 5 % du financement de la démocratie représentative, pour favoriser les initiatives contribuant au débat public, à la démocratie, à la coconstruction des politiques publiques. Cette proposition a ensuite été discutée lors d'une conférence de consensus et reprise par de grandes associations comme le Secours catholique ou la Fondation Abbé-Pierre. Pour le moment, elle n'est pas entendue par le gouvernement.

L'amélioration de la vie dans les quartiers populaires est une question de moyens et aussi de méthodes des politiques publiques qui ne peuvent se décider et être conduites sans les principaux concernés : les habitants. Or le personnel politique, majoritairement issu des classes supérieures, considère souvent que les habitants ne sont pas en capacité d'agir sur leur avenir. Il y a aussi une crainte des élus locaux de voir émerger des contre-pouvoirs contestataires. Pourtant, le débat conflictuel est bon pour la démocratie. Ce qui s'est passé à Notre-Dame-des-Landes, après l'abandon de la construction de l'aéroport, est également parlant : les projets collectifs proposés par les zadistes sont refusés, parce que les demandes déposées en préfecture doivent être portées par un individu. Or il y avait sur cette zone à défendre (ZAD) des dynamiques d'empowerment qui ont débouché sur des projets et de formes de gestion collective.



© Deléans, Delors

S. A. : Qu'est-ce qui pourrait favoriser le développement de l'empowerment dans notre pays ?

M.-H. B. : Il faudrait que les politiques publiques s'appuient sur les initiatives collectives, au lieu d'essayer de les chapeauter en permanence dans une logique de contrôle social. Des expériences existent, qui sont très intéressantes. Dans les quartiers populaires, la solidarité et l'initiative se déploient sous diverses formes : épiceries sociales, collectifs de parents, aides aux devoirs, mobilisations autour des enjeux de rénovation, collectifs contre la discrimination. Cependant, pour être financées, ces initiatives doivent passer par le filtre des appels d'offres et de la mise en concurrence.

La formation des professionnels est un autre point essentiel. Il serait souhaitable qu'ils soient « coformés » avec des citoyens ; ceci leur permettrait de faire évoluer leurs modes d'intervention.

On pourrait également imaginer la création d'espaces publics de débat sur la santé, sur l'école, etc. L'exemple des cliniques communautaires au Québec pourrait être source d'inspiration : créées par des professionnels et des gens du quartier, elles font de

la santé un enjeu collectif local et plus seulement une question individuelle ; c'est le conseil d'administration qui décide des orientations et des thèmes à travailler pour mettre en œuvre des démarches de prévention. Il en est de même des tables de quartier qui réunissent les acteurs communautaires dans une démarche de coconstruction, et aussi de mobilisation et de contestation si nécessaire. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus

● Bacqué M.-H., Biewener C. *L'Empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte, coll. Politique et sociétés, 2013 : 175 p.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Bacqué M.-H., Mechmache M. *Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires*. [Rapport remis au ministre délégué à la Ville] Paris : éditions du CGET, coll. Recherches, 2013, hors-série, 144 p. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_participation_habitants_web_141107.pdf

Émancipation et développement du pouvoir d'agir des citoyens

Virginie Poujol¹,
anthropologue, directrice,
Laboratoire d'études et de recherche
sur l'intervention sociale
(Léris), Montpellier.

L'ouvrage du Laboratoire d'études et de recherche sur l'intervention sociale (Léris²), *L'Émancipation comme condition du politique. L'agir social réinterrogé* [1], est le fruit d'un travail collectif de deux ans et se propose de traiter un des fils rouges qui traversent les travaux menés au Léris, celui de l'émancipation. La participation des habitants, la parole donnée aux jeunes, l'*empowerment* (le développement du pouvoir d'agir), l'action communautaire, la démocratie participative, le design social – « le "social" du design social renvoie à des projets prenant en charge les besoins et les aspirations de catégories de population très vulnérables et les injustices dont elles sont victimes³ »... Autant de modalités contemporaines de l'« agir social » qui se réclament d'une perspective citoyenne concrète.

Fondamentalement, ces modalités s'appuient toutes sur l'un des héritages de la Révolution française qui pose le principe universaliste de l'égalité de chaque être humain et la possibilité pour chaque citoyen de participer à la conduite de la *Res publica* (le bien public).

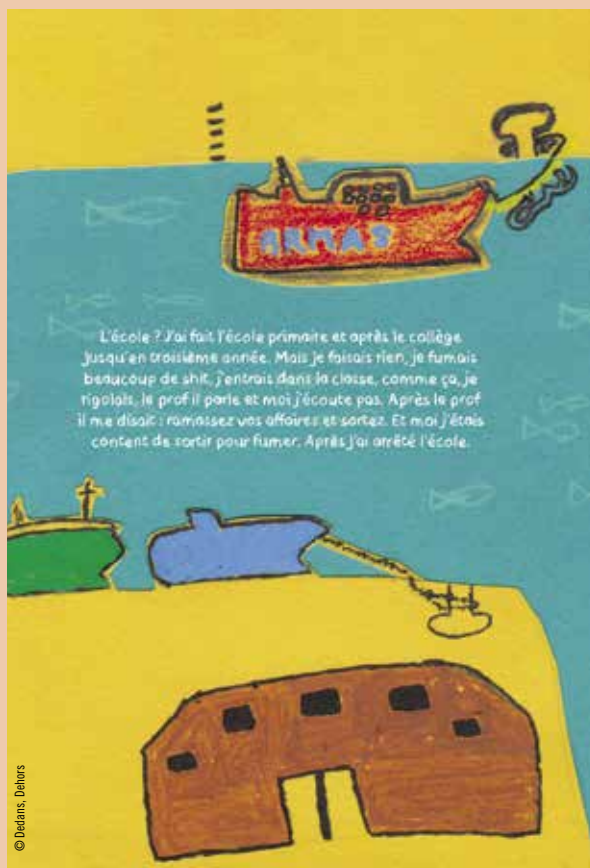
Mais cette perspective se heurte à la dure réalité d'une très grande inégalité de fait qui se traduit par de multiples formes de domination, d'aliénation, d'assujettissement, d'empêchement. Pour beaucoup, l'idée même de pouvoir intervenir sur la conduite du monde, même modestement, en essayant de participer à la transformation, au quotidien, de son environnement le plus immédiat, reste au mieux une utopie, au pire un impensé.

Cette volonté explicite, dans toutes ces modalités d'innovation sociale, d'un accès pour tous à plus de politique, par la diversité des voies que nous avons évoquées – et par probablement bien d'autres – reste le plus

souvent une injonction mal comprise, voire une illusion sans effet sur l'ordre des choses. Participer, s'impliquer, agir sur son environnement, tout cela suppose au préalable pour les acteurs de se concevoir comme

un parmi d'autres égaux en droit, d'être conscient des éléments complexes qui interagissent et expliquent les situations souvent difficiles dans lesquelles on se débat, de se penser alors capable d'agir, seul et avec d'autres. Autant d'étapes dans des évolutions personnelles ou professionnelles, qui ne peuvent se gagner progressivement que par la confrontation organisée, individuelle et collective, à des situations-problèmes qui seront travaillées pour être surmontées. Ce processus émancipateur, qui fait qu'à plusieurs et, bien souvent, avec un accompagnement *ad hoc*, on se découvre parcelle d'humanité, pensant et agissant, est la condition de l'accès au politique.

L'émancipation, aujourd'hui, est au cœur de projets associatifs, de politiques publiques, de références institutionnelles, mais qu'en est-il réellement de sa perspective citoyenne ? En effet, si l'émancipation est souvent perçue comme « une évidence intuitive », elle est aussi vécue, plus ou moins consciemment, comme un risque : celui de la subversion (au sens premier), c'est-à-dire celui de l'immaîtrisable bouleversement de l'ordre des choses. La place des professionnels est importante dans ce processus, c'est la conflictualité et la négociation qui doivent être réappropriées : là où il n'y a pas de contradiction, il n'y a pas d'émancipation. L'accompa-



© Delians, Delians

gnement doit donc porter davantage sur les processus que sur les résultats. Il reste à construire ces espaces de travail avec la puissance publique pour accepter la contradiction et mesurer ce qui est produit en faisant évoluer les logiques évaluatives descendantes. ■

1. Virginie Poujol, co-coordinatrice de ce dossier central, vient de cosigner avec Olivier Douard le livre *L'Émancipation comme condition du politique, L'agir social réinterrogé*. Nous lui avons demandé d'en résumer quelques faits saillants : l'émancipation est une « condition préalable » à l'*empowerment*, c'est-à-dire au développement du pouvoir d'agir des citoyens.

2. Pour plus d'information, voir le site : www.leris.org.

3. Selon Alain Findeli, longtemps professeur titulaire à l'école de design industriel de l'université de Montréal, professeur à l'université de Nîmes. En ligne : http://www.sfe-asso.fr/sites/default/files/document/le_design_social_par_alain_findeli.pdf

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Poujol V., Douard O. (dir.) *L'Émancipation comme condition du politique, L'agir social réinterrogé*. La Plaine-Saint-Denis : Éditions Édilivre, août 2018 : 290 p. En ligne : <https://www.edilivre.com/l-emancipation-comme-condition-du-politique-virginie-poujol-et-o.html>

Quelles places pour les jeunes dans les évaluations ?

De la participation à l'empowerment

Gaëtan Absil,
Maud Reginster,
Chantal Vandoorne,
chercheur.e.s à l'université de Liège (Belgique),
Appui en promotion et en éducation pour la santé (Apés - Uliège),
centre d'appui à la recherche et à l'enseignement pour l'Émancipation sociale, la santé des populations et la réduction des inégalités dans des sociétés en transition (ÉSPRIst - ULiège).

Cet article questionne la place des jeunes dans les processus évaluatifs. Il s'appuie sur l'expertise de l'Apés-ULiège en évaluation participative et négociée, depuis les années 2000, et sur les observations menées dans différents projets impliquant des jeunes.

Jeunes : ce mot désigne à la fois un public et des rapports de pouvoirs entre des groupes. *Jeunes* est une catégorie construite socialement [1] – qui implique des jugements et des verdicts sur les personnes désignées comme *jeunes*.

L'empowerment : il est difficile de définir ce concept [2] qui renvoie tour à tour à la mobilisation sociale, au renforcement de l'autonomie et à la responsabilisation de l'individu [3]. *L'empowerment* est tiraillé entre individu et collectif, entre changement des conditions ou adaptation. Dans le cadre de cet article, nous ancrons sa définition dans les travaux de Fetterman [4 ; 5], fondateur de *l'empowerment evaluation*, l'évaluation émancipatrice. *L'empowerment*



© Diefans, Dehors

est un processus qui développe les compétences des citoyens afin qu'ils puissent, collectivement, résoudre des problèmes et prendre des décisions de manière autonome.

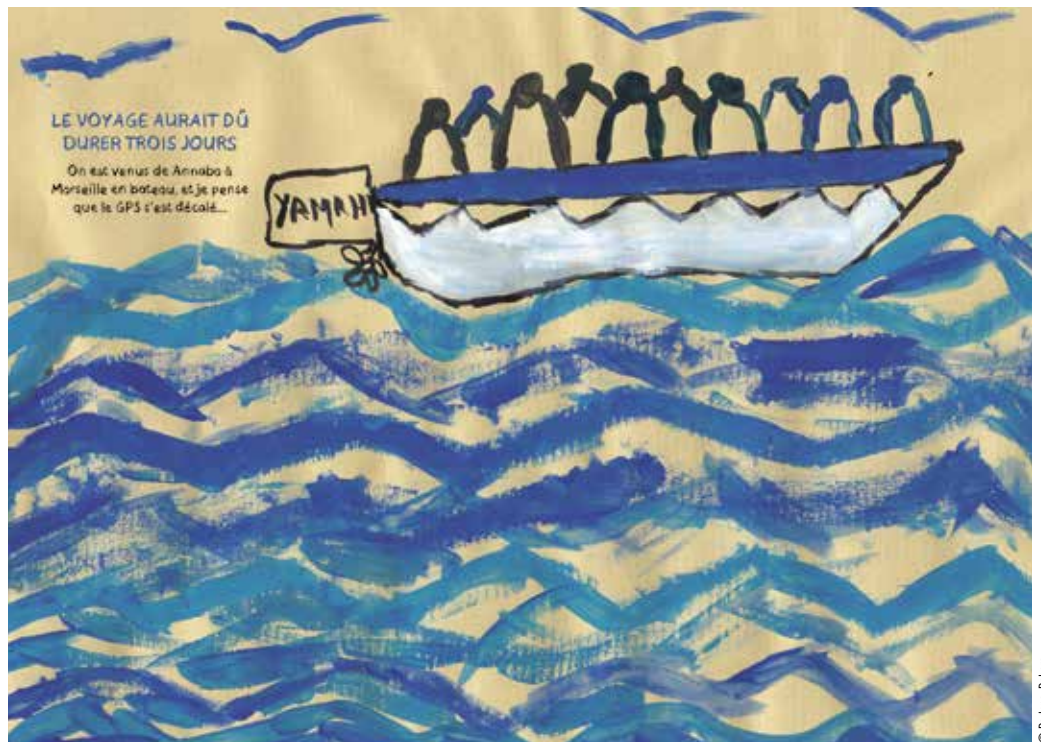
La place de la parole des jeunes dans l'évaluation

L'association des jeunes à l'évaluation des politiques publiques est rare en Wallonie et en Europe [6]. Les

outils d'évaluation de la participation des jeunes [7] intègrent rarement la notion d'empowerment. La participation des jeunes est parfois institutionnalisée, à l'exemple du Conseil de la jeunesse¹ (Belgique francophone). Les jeunes sont plus souvent associés à l'évaluation pour certaines thématiques, telle l'éducation sexuelle et affective en milieu scolaire. L'association des jeunes peut aussi être le

L'ESSENTIEL

► Dans quelle mesure les jeunes sont-ils impliqués dans l'évaluation des programmes de prévention qui leur sont proposés ? En Belgique, une équipe de chercheurs a passé au crible ce type d'évaluations, afin de déterminer si elles sont « émancipatrices ». Résultat : il reste beaucoup à faire pour que les jeunes soient véritablement partie prenante.



fait d'un domaine, comme celui de l'éducation populaire pour lequel il s'agit d'une obligation. Les jeunes sont souvent associés à l'évaluation, mais leur participation se limite au recueil d'opinion ou à l'utilisation du vécu pour documenter des indicateurs.

La participation des jeunes à l'ensemble d'une évaluation est peu courante. La place qui leur est laissée dans le développement d'un projet-pilote de Cellules bien-être dans les écoles en est l'exemple [8]. Si, dans de nombreuses écoles, les jeunes ont été interrogés sur leur vécu du bien-être, très rares sont les cas où ils ont été associés à la Cellule bien-être pour en définir les priorités et le projet. Il est important de prendre en compte chaque jeune, ses représentations et ses acquis, mais si les adultes ne les laissent pas adhérer au processus d'évaluation, celui-ci risque d'être inadapté et rejeté. Par ailleurs, leur participation à l'évaluation n'est pas une condition suffisante de l'*empowerment*. Dans l'évaluation, il faut considérer le partage du pouvoir entre jeunes et adultes, et les limites du pouvoir des jeunes. On évoque les responsabilités légales, la parentalité, les relations éducatives... Différentes formes d'autorité exercées par les adultes sur les jeunes eu égard aux lois et aussi selon une hiérarchie sociale.

L'évaluation instaure un rapport de pouvoir par la valeur accordée à la parole des uns et des autres. La vérité de la parole des jeunes n'est pas toujours respectée. Elle est vue comme une parole immature et les professionnels s'arrogent souvent son interprétation.

L'empowerment evaluation : évaluation émancipatrice

En regard de ces analyses, les quatre étapes de l'*évaluation émancipatrice* semblent être riches de promesses :

- l'*inventaire* identifie et classe par priorités les actions significatives qui méritent d'être évaluées ;
- la *création de buts* est le moment où les personnes concernées choisissent et formulent des objectifs précis et réalistes à atteindre ;
- le *développement de stratégies* consiste à décider comment le projet pourra atteindre ses objectifs ;
- la *documentation des progrès* sert à identifier les sources d'information nécessaires pour évaluer les progrès.

L'évaluation émancipatrice place l'*empowerment* au centre de la méthodologie de l'évaluation et le processus d'évaluation est lui-même générateur d'*empowerment*. L'éducation est au centre de cette évaluation qui s'appuie sur le développement des compétences psychosociales pour inviter à une mise en commun entre jeunes, et aussi entre jeunes et adultes [9].

L'empowerment evaluation : évaluation avec les jeunes

Les réflexions menées sur l'*empowerment* [10 ; 11] conjuguent la valorisation et le développement des compétences avec la capacité d'agir des individus. Si des réflexions sur la capacité d'agir des jeunes et sur leurs compétences psychosociales sont menées, si les jeunes sont intégrés dans la construction du dispositif d'évaluation et si on leur permet d'occuper une posture participative, alors ils pourront développer leurs compétences et réellement « s'empouvoier ». Les compétences psychosociales sont vecteur d'*empowerment* : « C'est en enseignant aux jeunes comment penser plutôt que quoi penser, en leur fournissant les outils pour résoudre les problèmes, prendre des décisions et réguler leurs émotions, et en leur permettant de s'engager dans une démarche participative, que le développement des compétences psychosociales peut devenir un moyen d'*empowerment* [12]. »

L'évaluation émancipatrice prend au sérieux la parole des jeunes qui ne sont pas considérés comme des « idiots culturels [13] ». Cela implique un changement de posture de la part de l'adulte qui sera aussi sujet à des adaptations et à des apprentissages. Partir du principe que seul le jeune est éduicable est peu compatible avec la

démarche d'évaluation émancipatrice. Celle-ci considère les jeunes comme des interlocuteurs et se défend de confisquer leur parole par des traductions dans des concepts et des catégories, dont le rapport avec le monde vécu par les jeunes resterait à démontrer [14]. Dans l'évaluation émancipatrice, l'adulte n'adopte pas une posture d'évaluateur ni de modèle, mais une posture de pair qui instaure une « *relation dialectique* [15] » avec les jeunes et qui permet aux jeunes d'être des acteurs à part entière du processus d'évaluation.

L'évaluation émancipatrice se réalise collectivement, selon des techniques d'animation de groupe et de dialogue. Elle favorise l'apprentissage de la mobilisation, du travail en groupe dans une perspective

démocratique et de changement. Les jeunes sont associés à toutes les étapes du processus : la définition des questions d'évaluation, de son utilité, de sa stratégie... et surtout, ils sont associés à la valorisation des résultats et à la mobilisation pour obtenir des changements. Il s'agit d'apprendre à utiliser ces résultats d'évaluation, de combiner *empowerment* et compétences psychosociales dans d'autres situations.

L'empowerment evaluation : démarche de démocratie et d'éducation

L'évaluation émancipatrice favorise le développement de l'autonomie en tension avec la responsabilité sociale. Elle place les jeunes en prise avec une société qui apparaît ainsi

être un système négociable de règles et de solidarité. Elle est éducative : le processus renforce et développe des compétences psychosociales, vectrices d'*empowerment* ; il transforme les enjeux de pouvoir afin de favoriser les apprentissages mutuels. Ce processus est un vecteur de développement de formes innovantes de démocraties liées à l'émancipation. En prenant en compte les rapports de pouvoir entre les groupes sociaux, l'évaluation émancipatrice œuvre à identifier les freins au développement de la capacité d'agir et au développement de l'*empowerment*. Elle stimule les changements des rapports de pouvoir entre et au sein des groupes sociaux. ■

1. Conseil de la jeunesse. Bruxelles. <http://www.conseildelajeunesse.be/qui-sommes-nous/role/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Becker H. S., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Éditions Métailié, coll. Leçons de choses : 1985, 250 p. En ligne : <https://www.cairn.info/outsidiers--9782864249184.htm>
- [2] Ibrahim S., Alkire S. *Agency and Empowerment: A Proposal for Internationally Comparable Indicators*. Oxford : université d'Oxford : *OPHI Working Paper 4*, 2007 : p. 379-403. En ligne : <http://publish.illinois.edu/womenanddevelopment/files/2015/10/Agency-and-empowerment.pdf>
- [3] Calvès A.-H. « *Empowerment* » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, 2009, vol. 4, n° 200 : p. 735-749. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-4-page-735.htm>
- [4] Fetterman D., Wandersman A. Empowerment evaluation: Yesterday, Today, and Tomorrow. *American Journal of Evaluation*, 2007, vol. 28, n° 2 : p. 179-198. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/234603883_Empowerment_Evaluation_Yesterday_Today_and_Tomorrow
- [5] Fetterman D. M., Kaftarian S.J., Wandersman A. *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-Assessment and Accountability*. Thousand Oaks : Sage publications, 1996 : 31 p. En ligne : <http://sk.sagepub.com/books/empowerment-evaluation>
- [6] Rossion D. La participation des enfants et des jeunes dans l'évaluation des politiques publiques. *En'jeux, les working papers de l'Observatoire de*

- l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse (OEJAJ)*, février 2015, n° 4 : 45 p. En ligne : http://www.dei-belgique.be/IMG/pdf/participation_des_enfants_dans_l_evaluation_politiques_publicques_oejaj_2014.pdf
- [7] Mouraux D., Antoine S., Ogrinz B., Alabarello L. (dir.). *Inventaire raisonné des outils d'évaluation de la participation des enfants et des jeunes : Rapport final*. [Réalisé sur demande de l'Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse (OEJAJ)], Belgique : Sonecom-sprl, juin 2009 : 88 p. En ligne : http://www.oejaj.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/sites/oejaj/upload/oejaj_super_editor/oejaj_editor/pdf/evaluation_de_la_participation-Juin_2009.pdf&hash=6ed2b99ca0852aff5f96d6fcc63ada0da3f1f66b
- [8] Hubin N., Miermans M.-C., Absil G., Vandoorne C. *Accompagnement du dispositif-pilote de Cellules bien-être dans les établissements scolaires à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport d'évaluation EvalCBE.2 : Institutionnalisation et vision partagée du bien-être*. Liège, Belgique : Apés-ULiège, octobre 2013 : 58 p. En ligne : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/158362/1/ELE%20EVA-GEN%20R-10533.pdf>
- [9] Ingold T. *L'Anthropologie comme éducation*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Paideia, 2018 : 122 p.

- [10] Absil G., Vandoorne C. L'évaluation émancipatrice, l'évaluateur et les formes de la communauté. *L'Observatoire*, 2014, n° 82, p. 30-35. En ligne : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/178890/1/EVA-GEN-14000.pdf.pdf>
- [11] Bacqué M.-H., Biewener C. *L'Empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte, coll. Politique et sociétés, 2013 : 175 p.
- [12] Mangrulkar L., Whitman C.V., Posner M. *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development*, 2001, cités par Lamboy B., Guillemont J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? *Devenir*, 2014, n° 4, vol. 26 : p. 307-325. En ligne : Doi : 10.3917/dev.144.0307
- [13] Ogien R. L'idiote de Garfinkel. In *L'Ethnométhodologie*. Paris : La Découverte, 2001 : p. 57-74. En ligne : <https://www.cairn.info/l-ethnomethodologie--9782707133731-p-57.htm>
- [14] Chauvier É. *Anthropologie de l'ordinaire. Une conversion du regard*. Toulouse : Anacharsis, coll. Essais, 2011 : 170 p. En ligne : <https://journals.openedition.org/questionsdecommunication/2190>
- [15] Mado C., Boal J. La pédagogie des opprimés selon Paulo Freire. In *Dans les coulisses du social. Théâtre de l'opprimé et travail social*. Toulouse : Érès, 2010 : p. 23-24. En ligne : <https://www.cairn.info/dans-les-coulisses-du-social--9782749212920-page-23.htm>

Développer le pouvoir d'agir des jeunes : l'expérience de la Protection judiciaire de la jeunesse

Françoise Marchand-Buttin,

médecin de santé publique, pôle Santé, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, ministère de la Justice.

œuvre des mesures judiciaires concernant les jeunes ayant commis un acte de délinquance. Elle affirme la primauté de l'éducation sur la sanction et fait de cette direction du ministère de la Justice une institution autant éducative que judiciaire.

L'ordonnance de 1945¹ fonde la mission de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) pour la mise en

œuvre des mesures judiciaires concernant les jeunes ayant commis un acte de délinquance. Elle affirme la primauté de l'éducation sur la sanction et fait de cette direction du ministère de la Justice une institution autant éducative que judiciaire.

Ainsi, avant même que la PJJ ne se familiarise, en 2013, avec la promotion de la santé, elle en parlait déjà le langage sans en avoir le vocabulaire : ni « *pouvoir d'agir* » ni « *empowerment* », mais « *autonomisation* », « *responsabilisation* », « *motivation* », « *faire avec* », « *réparation* »... Et elle engageait l'énergie de ses professionnels au service de la scolarité, de l'insertion *via* le travail éducatif, sur les rythmes de vie ou les addictions... L'essentiel de la mission de la PJJ envers les jeunes qu'elle prend en charge serait-il le développement de leur pouvoir d'agir ?

Pendant, n'est-ce pas paradoxal de chercher à renforcer le pouvoir d'agir de jeunes dont on voudrait justement limiter les passages à l'acte, souvent violents, contre eux-mêmes, l'autre ou le collectif ?

De même, comment prétendre développer le pouvoir d'agir – qui sous-tend une certaine liberté – dans un cadre marqué par la contrainte pénale ?

Enfin, n'est-ce pas trop demander à ces jeunes – dont le parcours les a souvent empêchés d'intégrer des limites structurantes et d'acquiescer la conviction de leur capacité à agir – de se « responsabiliser » d'un coup, en conditionnant leur réinsertion à leur seule volonté individuelle ?

Passer du répréhensible au positif

La promotion de la santé offre un cadre pour penser les réponses et accompagner l'institution pour aider

les jeunes à passer d'un acte répréhensible à l'acquisition d'un pouvoir d'agir positif pour soi et les autres.

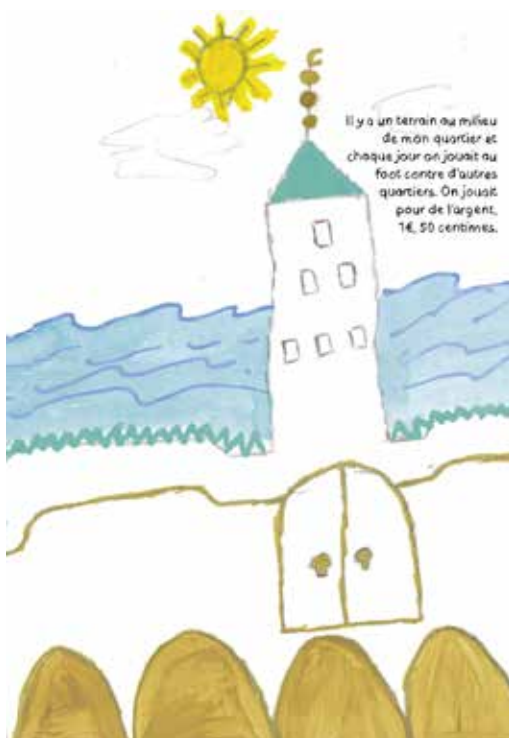
La démarche « PJJ promotrice de santé² », développée au sein de cette institution depuis 2013, s'est appuyée sur la définition de la santé donnée par Christophe Dejours, psychiatre et professeur au Centre national des arts et métiers (Cnam), dans laquelle le pouvoir d'agir est central :

« *La santé pour chaque femme et chaque homme, c'est avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychologique et social.* »

La Protection judiciaire de la jeunesse a décliné les cinq axes de promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

1. mettre en place des politiques positives pour la santé ;
2. créer des environnements favorables ;
3. favoriser la participation des jeunes et de leur famille ;
4. développer les aptitudes individuelles ;
5. optimiser le recours à la prévention et aux soins.

Si l'axe « participation » est au centre, la force du modèle est de nous rappeler qu'aucun axe ne se suffit à lui-même, et que plus les actions les combinent, plus elles ont de chances d'être efficaces. C'est ainsi que le pouvoir d'agir, s'il se fonde sur la participation la plus développée possible (axe 3), ne peut ignorer l'état sanitaire (axe 5), les aptitudes indivi-



L'ESSENTIEL

► **Développer le pouvoir d'agir des jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) exige de prendre en compte leur parcours de vie et leurs besoins de soins et de prévention.**

► **Depuis 2013, la PJJ a adopté une démarche promotrice de santé avec, au centre, le développement des compétences psychosociales de ces jeunes, voie d'accès indispensable pour accroître leur pouvoir d'agir.**

duelles (axe 4), l'environnement pour l'exercer (axe 2), le tout s'inscrivant dans une politique garantissant la cohérence d'ensemble et l'inscription dans la durée (axe 1).

Prendre en compte le parcours de vie des jeunes

Pas de développement du pouvoir d'agir, donc, sans prendre en compte : le parcours de vie (de victime souvent), le besoin de soins ou de prévention, la consommation de produits. Combien d'unités éducatives peuvent évoquer des parcours singuliers bloqués dans une impasse, qui soudain s'ouvrent, décryptés grâce à une attention individuelle portée au bien-être du jeune : un jeune « gothique » ne souriant jamais, refusant l'échange jusqu'à ce que l'éducateur découvre que la honte l'empêchait de montrer des dents ravagées et qu'il le libère de cette identité contraignante adoptée pour « sauver la face » ; une jeune dont on réalise petit à petit qu'elle ne fait qu'un repas par jour, qu'elle gère la maison où elle vit seule avec un père dépendant à l'alcool et que c'est sur ce lien de responsabilité inversée l'empêchant d'agir pour elle-même qu'il faut travailler avec elle... Avant de viser leurs capacités à agir, il faut donc s'assurer que les jeunes ne sont pas écrasés sous les charges physiques ou psychologiques, que leur « santé-bien-être » est « suffisamment bonne » pour leur éviter de nouvelles mises en échec.

Développer les capacités individuelles

De même le pouvoir d'agir est-il intimement lié au développement des capacités individuelles. La mission éducative, de réinsertion et de prévention de la récidive de la PJJ s'appuie sur les compétences scolaires et psychosociales des jeunes. L'OMS les présente en cinq paires équilibrées³, ce qui évite d'en éluder une partie : agir oui, mais peser le pour et le contre ; agir pour soi oui, mais en lien avec les autres.

Ces compétences psychosociales sont travaillées à la PJJ, au quotidien et par des actions-phares en milieu ouvert, hébergement et détention. Les médias sont nombreux : activités sportives, culturelles, médiation animale, engagement citoyen... Le développement d'un langage nuancé pour exprimer ses émotions autrement que par un passage à l'acte violent est fondamental : des jeunes détenus réussissent par le biais du livre à raconter leur histoire d'arrachements et leurs rêves, à les illustrer en utilisant graphisme et poésie pour les donner à lire dans un vrai livre, beau, fait pour durer et pour être transmis (*voir article pages suivantes*) ; grâce à des ateliers de socio-esthétique, de massage, de yoga, de shiatsu, les jeunes prennent conscience de leur corps et de ses limites et peuvent rétablir des liens ; une maquette du tribunal pour enfants permet de préparer les audiences et de s'y projeter comme acteur ; des jeunes filment leurs témoignages pour aider de leur expérience ceux qui entrent dans le même parcours judiciaire...

Étayer et valoriser les progrès

Les professionnels doivent susciter les opportunités et les saisir, accompagner les retours en arrière, les échecs, étayer les progrès et les valoriser : un jeune pourra dire sa fierté à la remise du premier diplôme de sa vie, dans son unité : « *C'est la première fois qu'on organise une fête pour moi* » ; un autre sera capable de témoigner devant 350 professionnels de la confiance qu'on lui a accordée pour organiser un tournoi sportif national, et de l'impact sur son projet professionnel...

Les professionnels sont aussi garants du cadre sécurisant et favorisant l'exercice du pouvoir d'agir, en offrant

collectivement une marge d'action aux jeunes dans l'unité éducative : améliorer les installations, s'engager dans la vie quotidienne, organiser des projets, faire des choix... Les capacités des professionnels eux-mêmes sont essentielles à la réussite de la prise en charge et elles sont liées à leur qualité de vie au travail et à leur propre pouvoir d'agir. Comment accompagner les jeunes sur cette voie, si l'on n'a pas soi-même suffisamment de marge de manœuvre, de confiance au sein d'une équipe qui peut travailler régulièrement sur ses pratiques ?

Là intervient la politique institutionnelle pour engager chaque échelon – de l'administration centrale jusqu'aux unités éducatives – à faciliter le développement du pouvoir d'agir, en le portant comme une priorité, en formant ses professionnels, en cherchant des partenariats structurants (Direction générale de la santé – DGS, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé – Fnes, mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – Mildeca...), et en se souciant de la qualité de vie au travail. La promotion de la santé permet d'intégrer dans un modèle robuste, mais extrêmement adaptable et souple, l'ensemble des conditions individuelles et collectives pour promouvoir le pouvoir d'agir. ■

1. Ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

2. Catherine Sultan, *PJJ promotrice de santé : renouvellement 2017-2021* [Note]. Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse. 1^{er} février 2017. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_sante_jeunes1_annexe2_note_acdrage.pdf

3. • Avoir conscience de soi. Avoir de l'empathie pour les autres.

• Savoir gérer son stress. Savoir gérer ses émotions. • Savoir résoudre les problèmes. Savoir prendre des décisions.

• Avoir une pensée créative. Avoir une pensée critique.

• Savoir communiquer efficacement. Être habile dans ses relations interpersonnelles.

Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies, *Life Skills Education in Schools*, Organisation mondiale de la santé, 1993.

Quartier des mineurs au centre pénitentiaire de Luynes : un atelier Récit de vie pour avancer

Christine Ferron,
déléguée générale,
Fédération nationale
d'éducation et de promotion
de la santé (Fnps),
Franck Baldi,
directeur des missions
éducatives adjoint,
direction interrégionale
de la Protection judiciaire
de la jeunesse Sud-Est.

Le quartier des mineurs du centre pénitentiaire de Luynes dénombre, parmi ses détenus, des mineurs non accompagnés, arrivés clandestinement en France. En 2017, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) – ici la direction interrégionale de la PJJ Sud-Est – a élaboré un projet pour ces jeunes malmenés par la vie : il s'agit d'un atelier Récit de vie se concrétisant par la réalisation d'un livre composé de textes et d'images. L'ouvrage qu'ont écrit et dessiné ces mineurs s'intitule

Le Corps dedans, la Tête dehors. Les auteurs s'appellent Ramzasso, Mirzon, Zinga, Midou, Haïdouk, Djapa, encadrés par deux intervenants : Lisa Lugin et Mo Abbas, respectivement auteure de bandes dessinées et animateur, et par des professionnels de la PJJ exerçant au quartier des mineurs. Au départ, le projet était strictement culturel, mais très rapidement, les encadrants ont réalisé que cet atelier où les jeunes racontaient leur vie ouvrait une fenêtre sur leur santé mentale, permettant ainsi de travailler sur leur état de santé global. En effet, ces mineurs font face à des souffrances psychiques : isolement, éloignement de la famille, perte des attachements passés, déception face à la réalité de la vie en Europe.

Des thèmes choisis par les jeunes

Ce projet a été construit en partenariat entre la PJJ, l'association Histoires vraies de la Méditerranée, l'agence régionale du livre ; il résulte d'un soutien financier apporté par l'État et la Région à toutes les bibliothèques des lieux de détention. L'atelier s'est déroulé tous les matins pendant deux semaines, les jeunes étaient demandeurs pour y participer et leur adhésion s'est renforcée au fil des séances. Un vrai petit déjeuner leur était offert chaque matin. Chaque séance débutait avec des thèmes choisis par les jeunes, sur lesquels ils s'exprimaient librement : « Souvenir d'enfance », « Maman », « Parcours de vie », « Traversée en Méditerranée ». C'est ce contenu que l'on retrouve

REGARD D'ENCADRANT : « NOUS AVONS PASSÉ LES TREIZE PORTES »

« Pendant deux semaines cet automne, Lisa Lugin et Mo Abbas sont venus, dans le cadre d'un partenariat entre la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et l'agence régionale du livre (ARL), animer un atelier d'écriture et de dessin au quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Luynes. Ils ont passé les treize portes qui séparent l'entrée de la prison de la bibliothèque, avec micro, papier, feutres, stylos et pastels en tous genres, et surtout avec enthousiasme, empathie et envie d'aller vers les jeunes. Bonheur de voir ces derniers accepter de se lever, de s'habiller, et attendre impatiemment de retrouver les intervenants

qui les accueillait avec une chaleur communicative. Joie de les découvrir tout sourire à la sortie de la bibliothèque, ravis de nous montrer ce qu'ils avaient fait, eux-mêmes étonnés de ce dont ils avaient été capables. Avec une grande douceur, Mo et Lisa ont épaulé, soutenu, motivé chacun dans la découverte et l'expression de soi. Le livre fruit de ce travail collectif témoigne de la richesse de leurs paysages intérieurs, véritable fenêtre ouverte sur leur passé, leurs rêves... et aussi support de leurs projets futurs. La dynamique positive impulsée par l'atelier ne s'est pas démentie : Mo et Lisa ont repassé les treize portes

de la détention, non sans avoir laissé germer des graines de créativité dans la bibliothèque. Le partage de récits individuels a forgé la cohésion du groupe, dans un milieu souvent d'une grande violence. Les murs de la bibliothèque se sont colorés de dessins dont les jeunes sont fiers, et que les autres admirent. La familiarisation avec l'écriture et avec l'imaginaire a entraîné une augmentation des emprunts de livres, dont ils se sentent désormais moins étrangers. Espérons que Récit de vie ne soit que le début de l'histoire ! »

Ingrid Boccon-Gibod,
aide éducatrice en service civique.

L'ESSENTIEL

► **Des mineurs non accompagnés ont participé à un atelier Récit de vie au centre pénitentiaire de Luynes, à l'initiative de la Protection judiciaire de la jeunesse, de l'association Histoires vraies de la Méditerranée et de l'agence régionale du livre. Deux semaines denses pour dire et dessiner leur vie, leurs émotions, l'absence de leur mère... L'atelier leur a permis de développer leurs compétences psychosociales, mises à mal par leur parcours de vie chaotique.**

dans le livre qu'ils ont dessiné et écrit. Les récits, formulés oralement, ont été retranscrits. Les jeunes ont choisi les outils pour dessiner (encre, pastel) les mieux adaptés à leurs capacités et à leurs goûts. Par son organisation et par son format, l'atelier a énormément sollicité la participation des jeunes. À son issue, le livre qui a été réalisé et édité est une création valorisante qui leur reste, et pour la vie : quand ils quittent la prison, ils laissent leurs vêtements de détention... mais ils partent avec l'ouvrage, preuve de leur créativité, de leurs compétences, de leur capacité à aller de l'avant. Ils le présentent fièrement à l'éducateur en milieu ouvert, au juge, etc.

Des compétences psychosociales développées

La PJJ et ses partenaires se sont appuyés sur la définition des compétences psychosociales, telles que les énonce l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1], et ils ont observé dans quelle mesure cet atelier avait eu des effets positifs sur les jeunes participants. Il leur a notamment permis de développer leur capacité à « résoudre les problèmes, prendre des décisions » en leur offrant la possibilité de mieux définir leur projet migratoire et, plus largement, leur projet de vie. Autre effet positif spectaculaire sur leurs compétences : le développement d'une « pensée créative », dont la réalisation du livre est l'illustration directe. Une autre compétence a été travaillée, « être habile dans les relations interpersonnelles » ; les encadrants ont constaté

l'émergence d'une « solidarité entre les jeunes (après avoir joué les caïds qu'ils ne sont pas pour éviter les ennuis...) » et une progression dans leur capacité au vivre-ensemble. Dans le cadre de l'atelier, ils se sont autorisés à faire état de leur fragilité. Ils ont aussi amélioré leur estime de soi, en particulier par l'affichage et par l'édition de leurs dessins qui ont suscité leur fierté. Ils ont travaillé leur « conscience de soi » : par le texte et par le dessin, ils ont défini leur identité, ils se sont réappropriés ce qu'ils étaient, ils ont pratiqué l'introspection, l'appel aux souvenirs, la reconnexion à l'enfance, à leur mère – très présente dans les récits. L'atelier leur a permis de faire un bout de chemin pour mieux « gérer leur stress et leurs émotions », sur lesquels ils ont appris à mettre des mots. L'atelier a eu un effet apaisant, entraînant une diminution de la violence, parce que les jeunes ont développé leur capacité à une expression de soi passant par d'autres vecteurs que par leur corps.

Changement de regard des surveillants

Plus globalement, l'atelier a eu un impact favorable sur l'environnement humain de la détention, par le changement de regard des surveillants sur les jeunes – « on peut faire des choses avec eux ». Un détail moins anecdotique qu'il n'y paraît : un jour, un surveillant titulaire d'une licence en arts plastiques, ému par les productions des jeunes, a « posé ses clés sur le bureau et s'est mis au tableau pour dessiner ». L'atelier a aussi eu un impact favorable sur l'environnement matériel : les entretiens éducatifs ont été déplacés de la salle d'audience vers la bibliothèque, perçue comme un lieu plus chaleureux.

Le travail réalisé dans le cadre de cet atelier a été présenté lors des Journées PJJ Promotrice de santé 2018, à Roubaix. Au regard des résultats obtenus, la PJJ entend développer sur le territoire ce type d'initiative Récit de vie, qui répond aux besoins profonds non seulement des mineurs non accompagnés, mais aussi de l'ensemble des mineurs en grande difficulté, notamment dans sa dimension de développement des compétences psychosociales. ■

« LE VOYAGE AURAIT DÛ DURER TROIS JOURS »

Extrait du livre écrit et illustré par ces mineurs non accompagnés, en détention au centre pénitentiaire de Luynes :

Ramzasso : « On est venus d'Annaba¹ à Marseille en bateau, et je pense que le GPS s'est décalé. Le voyage aurait dû durer trois jours, normalement... Et là, on a commencé à avoir des hallucinations. Y a un des garçons qui commençait à nous dire : "Allez-y, vous, vous pouvez partir. Moi, je reste dans la voiture." Comme si on était dans une voiture... On est restés comme ça... Un moment, on s'est tous mis à imaginer des tas de trucs, comme quelqu'un qui était en train de nous appeler, là, quelque part au milieu de la mer... Ça faisait trois jours qu'on était en mer... Et même nos familles, au bled, on leur a dit qu'on était déclarés disparus. On était seize sur le bateau... Y en a un, il était complètement choqué, il voulait se jeter du bateau, il voulait sauter... Mais finalement, on est tous arrivés sains et saufs. »

1. Port côtier algérien.



© Diefans, Dehors

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*. Genève : OMS, 1993.

« Les ateliers récits pour les mineurs ont amélioré le climat en détention »

Entretien avec Franck Baldi,

directeur des missions éducatives adjoint, direction interrégionale de la Protection judiciaire de la jeunesse Sud-Est (Marseille).

La Santé en action : Pourquoi organiser en détention des ateliers récits avec les mineurs, comme dans cette résidence d'artistes au quartier des mineurs de Luynes ?

Franck Baldi : L'action, des ateliers récit de vie et construction de soi, est issue de la volonté commune des différentes institutions qui interviennent en détention pour les mineurs – Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ),

administration pénitentiaire – et de partenaires de politiques publiques de la jeunesse, le conseil régional avec l'agence régionale du livre de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARL-Paca) et la direction régionale des Affaires culturelles (Drac), qui voulaient développer la place et l'usage du livre en détention autour des bibliothèques.

L'agence régionale du livre a dressé un état des lieux des bibliothèques en détention et des dispositifs d'animation. Le livre est à la fois un outil de rencontre, culturel, d'évasion, d'élaboration, parce que le lecteur s'approprie la pensée d'un autre et cela a forcément des retentissements sur sa propre pensée.

Consécutivement à cet état des lieux, nous avons sollicité des financements pour développer les bibliothèques dans ces lieux de détention et y organiser des animations. Via l'agence régionale du livre, nous nous sommes associés au projet L'Histoire vraie de la Méditerranée, qui recueille des histoires de vie tout autour du bassin méditerranéen.

S. A. : Pourquoi destiner ces ateliers récits aux mineurs non accompagnés détenus ?

F. B. : Ces jeunes se trouvent face à la difficulté inhérente à leur trajectoire migratoire, et cette dimension du récit de vie peut venir soutenir leur réflexion – et leur manière d'aller de l'avant – sur leur parcours, leur motivation, leur projet et parfois sur celui de leur famille, qui a pu être à l'origine de ce projet migratoire.

L'atelier récit fournit à ces jeunes un espace de pensée supplémentaire. Le fait que l'on ait destiné ces ateliers récits aux mineurs non accompagnés correspondait à de vrais besoins : il s'agit d'un public en grande souffrance,

et il est difficile pour les mineurs de se raconter de manière personnelle, d'aller creuser dans leur intimité pour y mettre à jour les ressorts de leur conduite.

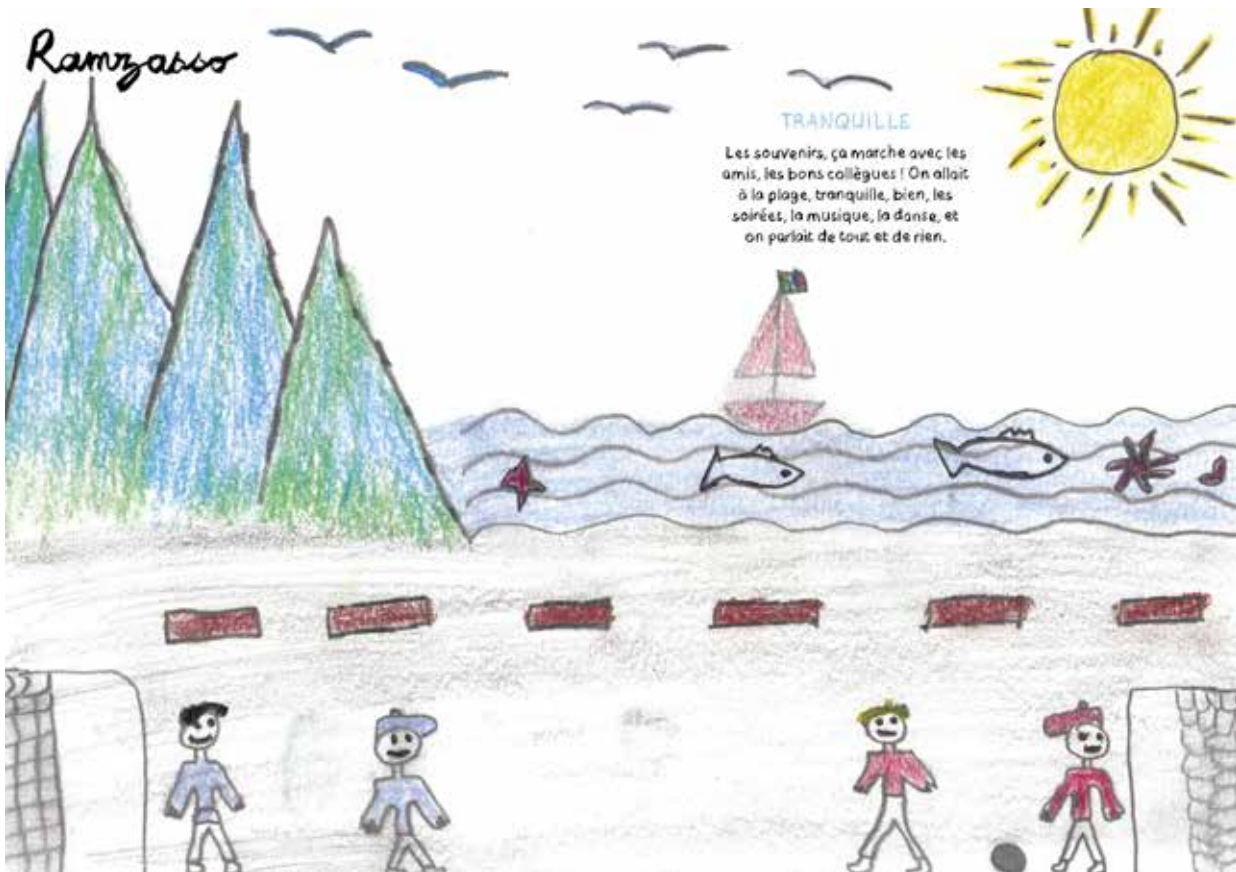
En termes de données probantes, l'on dispose de résultats de recherches en sciences humaines sur l'intérêt de la démarche de récits de vie dans les parcours de sortie de délinquance : quand une personne détenue est en capacité de se saisir un peu mieux de son histoire, c'est souvent un pas de franchi dans l'élaboration d'un projet de vie, elle peut ainsi se projeter ailleurs que dans un imaginaire délinquant.

Nous avons organisé ces ateliers récits au quartier des mineurs de la prison de Luynes¹ et à l'établissement pénitentiaire pour mineurs de La Valentine à Marseille ; il y en aura bientôt également au quartier des mineurs des Baumettes et au quartier des mineurs du Pontet (Vaucluse) ; soit dans quatre des cinq lieux de détention pour mineurs dans la région PACA.

S. A. : Comment avez-vous évalué l'intérêt de ces ateliers récits pour les mineurs ?

F. B. : Nous portons une démarche d'évaluation sur toutes les actions conduites. Les objectifs atteints et les impacts recensés dépassent largement ce qui avait été envisagé au départ. À Luynes et à La Valentine, les équipes continuent d'organiser des ateliers récits sans pour autant bénéficier du programme de départ avec l'agence régionale du livre ; elles font venir des auteurs et ont trouvé d'autres moyens de financement. Cette pérennisation du projet est un très bon signe : le service éducatif s'est approprié cette expérimentation.





La véritable surprise pour les professionnels de terrain, cela a été l'impact positif majeur des ateliers récits sur l'environnement au sens large de la détention. Tout d'abord, ils ont créé une cohésion entre les équipes pluri-institutionnelles : surveillants, éducateurs, enseignants de l'Éducation nationale ; ensuite, la place du livre est valorisée et les bibliothèques en détention sont devenues des lieux repérés, appréciés par les jeunes, où ils ont plaisir à être. Les ateliers ont déclenché un mouvement d'emprunts de livres. Ils nous permettent de jouer pleinement notre rôle d'incitateur au niveau régional, d'accompagner des propositions structurantes et qui durent.

S. A. : Quel a été l'impact de ces ateliers récits sur la santé de ces jeunes ?

F. B. : Nous avons tenté – autant que cela était possible, car c'est un public insaisissable et pratiquement impossible à recontacter – d'analyser *a posteriori* l'impact de ces ateliers récits sur la santé globale de ces jeunes. Nous avons ainsi identifié la composante très forte de promotion de la santé des ateliers. Nous sommes au cœur de cette démarche.

L'atelier récit est le type d'action qui permet de vraiment prendre soin du public. C'est un espace où les jeunes se réconcilient avec l'Autre, avec les Autres, et un peu aussi avec eux-mêmes.

La preuve en a été apportée lors de la cérémonie de restitution au cours de laquelle on remettait aux jeunes le livre qu'ils avaient eux-mêmes écrit et illustré : la majorité des jeunes a lu sa propre contribution et peu ont souhaité qu'un adulte le fasse à leur place. C'est un signe fort en termes d'apprentissage de compétences, surtout qu'ils ont pris la parole en lisant des textes dans lesquels ils s'exposent personnellement. En outre, les ateliers ont été un levier majeur d'apprentissage du français.

En conclusion, les ateliers récits leur ont vraiment apporté du bien-être, une forme de réconciliation, puis une capacité à repenser les choses, à réfléchir autrement. Il y a également eu une dimension collective extraordinaire. Les ateliers récits pour les mineurs ont amélioré le climat de détention, le relationnel entre les jeunes et aussi leurs rapports avec les professionnels. En détention, on fait des clans pour se protéger et pour exister aussi, les mineurs non

accompagnés en sont un ; les ateliers récits sont venus remettre en question cette structure défensive. Au quartier des mineurs de la prison de Luynes, les ateliers récits ont coloré complètement différemment l'ambiance du lieu de détention. Après, cette émulation retombe si l'expérience n'est pas reconduite, revivifiée, si des professionnels s'en vont : de nombreux facteurs assurent ou non stabilité et pérennité. À la PJJ, nous avons fait le choix de pérenniser ce mode d'intervention. Cette action, bien que soutenue dans un autre cadre, s'inscrit pleinement dans la philosophie d'un projet régional que nous avons eu l'opportunité de développer avec le soutien de l'Agence régionale de santé-Paca : un projet autour du bien-être qui soutient la participation des jeunes, le développement de leurs aptitudes, la modification des environnements. Autant d'ingrédients que l'on retrouve ici. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Voir article Récit de vie, pages précédentes.

Les Enfants du canal : l'empowerment des jeunes issus des bidonvilles

Livia Otal,

responsable du service
résorption des bidonvilles,
Les Enfants du canal, Paris.

L'association Les Enfants du canal¹ a été créée en 2007 pour donner une suite au combat des Enfants de don Quichotte en faveur des sans-abri à Paris sur le canal Saint-Martin pendant l'hiver 2006-2007. Elle est née du regroupement de personnes à la rue, de citoyens engagés et de travailleurs sociaux qui partageaient le même constat : « *On s'occupe mal des personnes à la rue.* » En s'appuyant sur un principe de « pair-aidance² », pour intervenir sur le terrain, l'association mobilise des personnes qui ont un même vécu que celles concernées par l'action.

Depuis novembre 2013, l'association met en œuvre le projet d'accompagnement Romcivic pour des jeunes issus des bidonvilles, grâce au dispositif du service civique. Pendant ces cinq années, 200 volontaires de plusieurs nationalités ont été intégrés aux équipes d'éducateurs et d'intervenants sociaux de l'association Les Enfants du canal : 110 Roumains, 12 Bulgares et 78 Français. La mixité étant l'un des principes de base de leur action, chaque année les équipes sont composées d'un nombre équilibré d'hommes et de femmes ; des jeunes de toutes origines, de toutes classes sociales et de tous niveaux d'éducation s'y côtoient et travaillent en équipe. Le projet porte les valeurs du service civique, privilégiant des missions d'intérêt général afin d'aider des personnes en situation de précarité.

S'appuyer sur les jeunes pour changer les mentalités

Les personnes roms qui vivent dans les bidonvilles d'Île-de-France connaissent des conditions de vie

indignes : accès quasi impossible à l'école pour les enfants d'âge scolaire et également au travail légal pour les adultes ; lieux de vie insalubres dépourvus d'installations sanitaires ; état de santé préoccupant ; insécurité permanente provoquée par les déplacements forcés.

Malgré les orientations européennes [1] visant à favoriser l'inclusion des Roms et une circulaire interministérielle d'août 2012 [2] qui visait à impulser des actions d'intégration, les chiffres restent alarmants : selon les estimations, plus de 5 000 enfants roms vivant en France arriveront à 16 ans sans jamais ou presque être allés à l'école.

Romcivic

C'est de ce constat qu'est née l'idée de Romcivic : ce projet s'appuie sur des jeunes pour faire évoluer les perceptions, tenter d'améliorer les conditions de vie et apporter la preuve que les jeunes Roumains et Bulgares, Roms ou non sont une richesse pour la France, comme tous les jeunes de ce pays. Les objectifs de Romcivic sont de :

- soutenir les actions des familles et des associations pour l'insertion des habitants de bidonvilles :
 - accompagnement physique pour faciliter l'accès aux droits (hôpital, caisse d'assurance maladie, Pôle emploi, etc.,
 - action d'appui et de soutien à la scolarité et animation auprès des enfants,
 - action d'amélioration des conditions de vie, gestion d'un camion-laverie dans le bidonville ;
 - faire évoluer les représentations concernant les personnes issues des bidonvilles et les personnes roms, déconstruire les amalgames et combattre les préjugés :

- participation aux événements de lutte contre les discriminations,
- interventions dans des colloques,
- formations dans les domaines de l'éducation ou social.

- permettre l'amélioration des conditions de vie et une évolution professionnelle de jeunes issus de bidonvilles en s'appuyant sur le dispositif du service civique.

Une dimension d'empowerment

Dans le cadre d'une recherche-action menée par l'université de Harvard avec les Enfants du canal, Henry Shah, étudiant-chercheur, souligne que « *L'empowerment est courant aux États-Unis et peu développé en France ; Romcivic, en formant des travailleurs du social qui deviennent des intermédiaires, [en forgeant] un réseau de connaissances et d'expériences dans les bidonvilles, ouvre la voie à des réponses de long terme [3].* »

Un ancien volontaire, Nikolai, témoigne : « *J'ai cédé à la volonté de mon papa français de me présenter à un entretien aux Enfants du canal pour devenir volontaire civique. J'aurais préféré travailler au noir pour gagner un peu d'argent et en faire ce que je veux. Mais je l'ai écouté et aujourd'hui, grâce à cette expérience, [...] certains de mes collègues français sont devenus mes amis. Je fais du bon travail et je fais gagner du temps à tout le monde. Je travaille dans les bidonvilles, les platz, habités par des Roms, et comme je parle bulgare et romanès, maintenant, tout le monde se comprend. L'aide est plus efficace et plus rapide. J'ai des amis. J'oublie ma peau d'avant [4].* »

Espoirs et frustrations

L'expérience de l'empowerment n'est pas toujours aussi évidente. Ainsi Marius³, après quelques mois

au sein du programme Romcivic, ne pourra plus continuer le service civique. Sa présence irrégulière était justifiée par une expulsion du bidonville, une mise à l'abri en hôtel, l'accouchement de sa femme et plusieurs allers-retours en Roumanie pour des raisons administratives et familiales. Cette expérience est pour lui mitigée : à la fois contraignante et peu rentable. Un sentiment de frustration plane autour de son contrat qui s'arrête prématurément. Marius avait été pendant quelques semaines le porte-parole de sa famille menacée d'expulsion. Il a parlé à la radio et devant des caméras pour défendre sa situation et celle de ses proches. Même si Marius était timide au début, il était devenu petit à petit un sujet politique prêt à prendre une place autant devant les médias que devant les adultes, autorités informelles du bidonville.

Les cinq années de travail avec les jeunes issus des bidonvilles ont apporté aux équipes d'éducateurs et aux intervenants sociaux de l'association Les Enfants du canal un panel très diversifié d'expériences d'empowerment. Les profils des jeunes sont très variés au sein même de la communauté rom ; des enjeux de rapports de force doivent être pris en compte en fonction du niveau socio-économique de la famille, du sexe, de l'activité formelle ou informelle pratiquée par son groupe d'origine, de l'ancienneté de l'immigration et, en l'occurrence, de la présence en France.

Un accès quasi impossible au parc locatif, un marché du travail officiel extrêmement bureaucratisé, un parcours scolaire chaotique font que les jeunes ont réellement très peu de choix autre que le bidonville et le travail informel jusqu'à ce jour. Leur volonté d'intégrer le service civique à travers le programme Romcivic est ainsi parfois biaisée, car elle représente leur seule possibilité d'obtenir, pour un an, un statut officiel et légal en France. Cette unique chance peut, comme dans le cas de Nikolaï, déboucher sur de belles perspectives, mais elle peut aussi contraindre un jeune à subir des fortes pressions contradictoires pour répondre aux attentes de la famille ou à celles des éducateurs.

L'ESSENTIEL

► **Au cours des cinq dernières années, l'association Les Enfants du canal a accueilli en service civique 200 jeunes de nationalités roumaine, bulgare et française, pour effectuer une mission d'intérêt général. L'empowerment est au centre de ce tutorat.**

L'empowerment est un long processus qui a besoin de mûrir et de s'épanouir, alors que la limite de notre programme risque d'être aussi le temps court de volontariat, qui laisse aux jeunes une année seulement pour augmenter leur capacité d'agir. Un suivi dans la durée pourrait laisser aux jeunes des bidonvilles, comme aux autres, la possibilité de consolider leur engagement et de mieux cerner leurs perspectives et leur place dans la société.

Aujourd'hui, pour la sixième promotion de volontaires, nous envisageons des partenariats renforcés avec les missions locales et avec Pôle emploi afin d'assurer une suite dans la formation et l'accompagnement

commencés par Romcivic. Notre programme est reconnu dans le milieu associatif et d'autres programmes similaires commencent à voir le jour à Nantes, Grenoble et Toulouse.

Avec la circulaire de janvier 2018 [5], la participation de la communauté devient un réel enjeu et reçoit une attention particulière de la part des institutions étatiques chargées de la résorption des bidonvilles.

À ce titre, l'association Les enfants du canal, forte de son expérience Romcivic, se propose de mener un travail spécifique autour de la compréhension des politiques de résorption des bidonvilles afin que les jeunes volontaires puissent participer aux groupes de travail et soient des acteurs actifs du changement pour leur communauté. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Commission européenne. *Cadre de l'UE pour les stratégies nationales d'intégration des Roms pour la période allant jusqu'à 2020*. [Communication au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions]. 5 avril 2011 : 19 p. En ligne : https://www.senat.fr/europe/textes_europeens/ue0068.pdf
Voir aussi : Commission européenne. *Examen à mi-parcours du cadre de l'Union européenne pour les stratégies nationales d'intégration des Roms*. [Communication au Parlement européen et au Conseil], 30 août 2017 : 21 p. En ligne : <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/FR/COM-2017-458-F1-FR-MAIN-PART-1.PDF>
- [2] Circulaire interministérielle NOR INTK1233053C du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/08/cir_35737.pdf

1. <https://www.lesenfantsducanal.fr/>
2. La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes ayant vécu des expériences similaires. Source : <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Pair-aidance>
3. Le prénom a été changé afin de garder l'anonymat de la personne.

- legifrance.gouv.fr/pdf/2012/08/cir_35737.pdf
Voir aussi : *Avis sur la situation des populations des campements en France métropolitaine*. Paris : Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées. Juillet 2014 : 10 p. En ligne : http://www.hclpd.gouv.fr/IMG/pdf/campements_web.pdf
- [3] Shah H. *Faire pour ou faire avec : l'approche participative de RomCivic* [conférence]. Paris : EHESS, Paris, 2016.
- [4] Angelov N., de Muizon M. *Voyage à Auschwitz : récit d'un jeune Rom*. Paris : Éditions à Dos d'âne, 2015 : 78 p.
- [5] Ministère de la Cohésion des territoires. *Instruction du Gouvernement visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles*. [Directive] 25 janvier 2018, NOR : TERL1736127J : 9 p. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42949.pdf

Développer le pouvoir d'agir des jeunes d'un quartier prioritaire : une nécessaire acculturation des professionnels

Des éducateurs de rue, service de prévention spécialisée, Sauvegarde de l'enfant à l'adulte en Ille-et-Vilaine (SEA 35).

Les intervenants en prévention spécialisée – plus communément appelés éducateurs de rue – sont des professionnels de la protection de l'enfance qui interviennent sur des territoires définis (quartiers prioritaires) en direction des jeunes dits en risque de désocialisation, de vulnérabilité, et ce dans une démarche partenariale.

Pour ces travailleurs sociaux, l'éducation à la santé implique des démarches adaptées et élaborées avec les jeunes concernés, prenant en compte leur environnement social, économique et culturel, et ce dans une approche globale. Dans cette optique, le pouvoir d'agir est entendu comme un processus par lequel les individus, les organisations et les communautés acquièrent la capacité d'exercer des choix, ainsi que la capacité et la compétence d'agir de façon autonome et responsable.

À l'origine du projet

Le projet sur la vie affective et sexuelle, déployé sur un quartier de Rennes, est né des échanges entre les éducateurs de rue et des animateurs jeunesse, à partir d'observations et de questionnements sur les comportements des jeunes sur la thématique des relations garçons/filles allant des interactions sur l'espace public, dans la sphère privée, intime, jusqu'aux pratiques sexuelles.

Ces différents professionnels ont réfléchi – à partir d'une action déjà mise en œuvre dans un établissement scolaire pour des élèves de troisième, à l'initiative d'une infirmière scolaire. Sur une demi-journée, les élèves accompagnés de professionnels jeunesse se rendaient dans les structures médicales du quartier pour repérer les lieux-ressources et échanger sur la thématique de la contraception.

Bien que présentant certains intérêts, cette action a rapidement montré ses limites. Si elle permettait aux jeunes d'accéder à nombre d'informations sur les prises de risques, cette action ne répondait ni à leurs préoccupations ou à leurs enjeux relationnels, ni à la dimension du plaisir ou à celle des émotions vécues.

Sur la base de ces constats, ces professionnels ainsi que les acteurs du secteur médical¹ intervenant sur le territoire ont interrogé leurs pratiques pour aborder les préalables nécessaires à la mobilisation des jeunes, et ceci dans l'objectif de répondre à leurs besoins et à leurs attentes. Ainsi, l'implication des jeunes est apparue fondamentale. En effet, inviter les jeunes à s'investir dans la production d'outils sur la prévention leur permet de réfléchir à leurs comportements et à leurs représentations, de développer leur argumentation et leur esprit critique. Enfin, les considérer comme partenaires permet aux jeunes comme aux professionnels d'être en posture d'apprenants et de dépasser la relation aidant/aidé.

Une première phase d'acculturation au sein d'une formation pluridisciplinaire...

Dans un premier temps, il est apparu nécessaire aux professionnels de déconstruire leurs représentations et de travailler sur leurs complémentarités, leurs limites en lien avec leurs missions tant en termes d'approches que de connaissances. Ainsi, il s'est avéré que le sujet de la vie affective et sexuelle est trop souvent abordé dans une approche hygiéniste, sous l'angle de la prise de risques, laquelle laisse peu de place à l'évocation du plaisir. Les compétences et les ressources des jeunes sont insuffisamment exploitées et valorisées. De même, les professionnels² identifiaient chez les jeunes des stéréotypes, des représentations et des lacunes tant sur le plan anatomique que sur le plan relationnel. De plus, la sexualité est un domaine difficile à aborder et qui rencontre des résistances chez l'ensemble des acteurs en présence. Les représentations sociales, dont les professionnels sont porteurs, les conduisent parfois à éviter, voire à nier cette dimension. Or, il a été observé que lorsque des espaces sur cette thématique s'offraient aux jeunes, ils répondaient présents et étaient très intéressés.

Leurs postures ont également été interrogées afin d'envisager des adaptations pour favoriser le dialogue avec les jeunes et entre eux et, ainsi, d'être en capacité d'accueillir la parole des jeunes et leurs questionnements.

De fait, l'intérêt d'un bien-être ou d'un mieux-être en donnant du pouvoir d'agir aux jeunes concernés, la capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et en partenariat, ainsi que la volonté d'innover sont apparus comme des leviers pour initier des démarches d'éducation en santé.

À l'issue de cette première phase d'acculturation et de formation, le choix a été fait de se faire accompagner par des professionnels spécialisés dans le domaine de la prévention, de la sexualité, de la participation pour travailler avec les jeunes sur la coconstruction d'outils ludiques. Ces outils devaient être à la fois adaptés à leurs préoccupations et susceptibles de les impliquer. Les professionnels ont également souhaité disposer d'apports méthodologiques leur permettant d'amener les jeunes à parler de ce sujet et d'acquérir une reconnaissance en tant qu'adultes-ressources.

...à l'implication des jeunes et à la délimitation d'objectifs communs avec des professionnels

Ce travail au long cours, qui au regard des réalités de terrain aura pris trois ans, a débouché sur une mise en pratique. Un jeu de cartes a été élaboré et expérimenté afin de pouvoir aborder des questions qui interpellent, impliquent les jeunes.

« Nous avons élaboré un jeu de cartes autour de trois thématiques : les relations amicales, affectives et sexuelles. Chaque carte pose une question à laquelle les jeunes sont invités à répondre ; c'est une base pour engager des échanges sous le regard d'un adulte qui peut réguler la discussion. Nous avons pour la première fois testé cet outil à l'occasion d'une boum, où nous avons créé un "espace Love", avec des fascicules et des préservatifs. Les jeunes sont venus en nombre, parce que c'était sur la base du volontariat et dans un lieu qui n'était pas prévu pour cela au départ. » Propos d'un éducateur spécialisé.

Cette expérimentation a confirmé l'attente des jeunes à échanger sur les questions de vie affective et sexuelle ; elle a également mis en exergue les limites des professionnels quant à leur connaissance dans le domaine de la santé et vis-à-vis des possibilités d'orientation des jeunes vers des

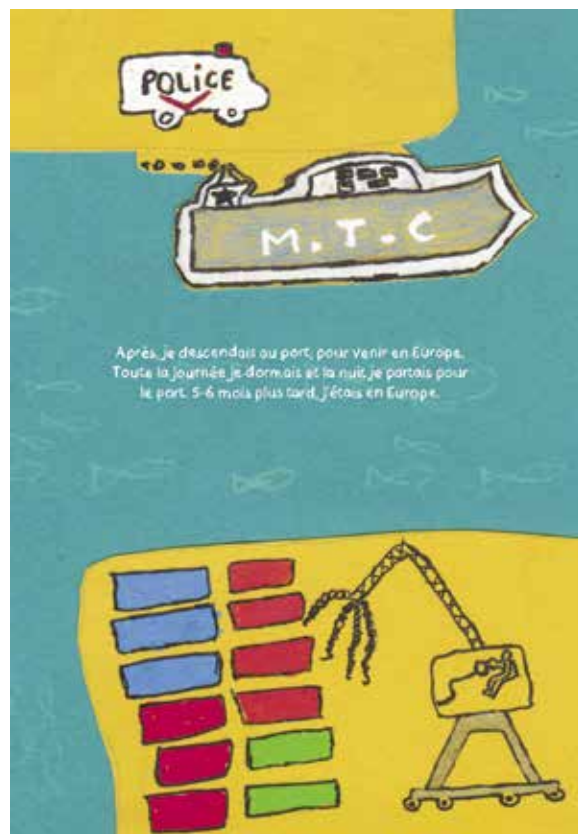
dispositifs. Ces derniers se sont alors adressés aux médecins du quartier qui ont répondu positivement en voyant tout l'intérêt d'allier les savoir-faire et les savoir-être de champs professionnels complémentaires.

Des objectifs communs ont ainsi pu être définis : favoriser une prise de conscience chez les professionnels et chez les jeunes ; permettre aux jeunes, par leur implication, d'identifier des personnes et des lieux-ressources accessibles sur le territoire, afin notamment de responsabiliser les jeunes, de les rendre autonomes et de favoriser leurs capacités à se mobiliser.

Comme le souligne un éducateur de rue : « Nous constatons plusieurs points positifs. Les jeunes connaissent des lieux où ils peuvent aller quand ils ont des questions ou des problèmes ; par exemple, la pharmacie ne délivre pas seulement des médicaments, c'est aussi un endroit où il est possible de demander des conseils, de l'orientation. Ils savent également qu'ils ont la possibilité d'échanger simplement avec des adultes sur la sexualité et sur les relations amoureuses. Une des difficultés avec les adolescents, c'est de leur faire accepter des diversités de points de vue. À l'âge de 14-16 ans, l'effet de groupe joue à plein ; on existe sous le regard des autres et la parole de celui qui parle le plus fort prime. À l'issue de ce travail avec les jeunes, nous observons que s'expriment davantage des opinions diverses. Un des objectifs de cette démarche est de proposer aux jeunes des solutions pour qu'ils ne restent pas enfermés dans une difficulté. »

Les avancées

Aujourd'hui, certaines évolutions ont pu être observées dans l'environnement et dans les pratiques professionnelles. Ainsi, au collège, le « rallye santé » dont la troisième édition a eu lieu en 2018. Deux semaines auparavant, les élèves de troisième sont conviés à des ateliers sur la sexualité et sur le relationnel, animés par un binôme composé d'un professionnel de santé et d'un travailleur social. Le jeu de cartes est utilisé et devient ainsi un outil-ressource pour les jeunes ; il est proposé au foyer, pour les volontaires. Cette préparation en amont ainsi que l'utilisation du jeu de cartes permettent au rallye de dépasser



© Dedans - Delirus

l'enceinte du collège en allant dans les lieux-ressources du quartier (cabinets médicaux, pharmacie, centre de planning, etc.) : les élèves sont moins gênés et les échanges plus riches. La parole est ainsi donnée aux jeunes. Les professionnels sont là pour les aider à reformuler, à échanger, à confronter leurs points de vue, à apporter des informations adaptées à leurs questionnements.

Cette action s'inscrit aux prémices du développement du pouvoir d'agir³ (DPA) des jeunes, les professionnels visent l'appropriation des outils par les jeunes pour favoriser la prévention par les pairs et ainsi réduire les inégalités de santé. Dans cette optique, les professionnels continuent de développer des actions sur cette thématique à travers une pluralité de supports et de lieux fréquentés par le jeune, tant sur des moments formels qu'informels. ■

1. Médecins généralistes, gynécologue, planning familial, pharmacie.

2. Sous le terme « professionnels jeunesse », nous entendons les animateurs, les éducateurs, les professionnels de l'Éducation nationale.

3. DPA : Développement du pouvoir d'agir. Pour plus d'explications, voir l'entretien accordé par Yann Le Bossé à l'Association nationale des assistants de service social (Anas), lors de leurs journées d'études à Montpellier en novembre 2008. <https://www.anas.fr/attachment/103948>

À Montgermont, les 10-15 ans s'engagent dans la cité

Anne Leborgne-Briand,
directrice départementale,
Les Francas d'Ille-et-Vilaine.

Mouvement d'éducation populaire, l'association des Francas¹ a pour objet l'éducation et l'action éducative pendant les temps libres des enfants, adolescents et jeunes. Sa finalité est de contribuer à leur développement, épanouissement, émancipation et bien-être. « *Il s'agit d'agir avec eux, par l'action éducative, [...] sur l'exercice effectif de leurs droits, sur leurs capacités à vivre et à agir individuellement et collectivement* ». Les Francas revendiquent le fait que « *l'enfance et l'éducation sont l'affaire de tous* » et ils affirment leur détermination à « *agir pour un monde plus émancipateur, plus équitable, plus solidaire*² ».

En Ille-et-Vilaine, les Francas travaillent à développer la participation des enfants et des jeunes dans les centres de loisirs et dans les espaces jeunes de l'association. Il s'agit de garantir la prise en compte de la parole par la consultation et la concertation et, au-delà, d'offrir des espaces de réflexion et d'expression pour leur permettre d'exercer leur liberté de penser. Il s'agit également de les associer à la gestion de leur cadre de vie, de leur temps et de leurs activités ; enfin, de les associer à l'élaboration et à la mise en œuvre des règles de vie collective. L'objectif final est de leur permettre d'exercer de réels choix et de prendre des responsabilités.

Boîte à dons et fête du vélo

Concrètement, les élus de la commune de Montgermont et les éducateurs salariés de l'espace jeunes Francas ont créé le dispositif Cap à Cité pour favoriser l'engagement et l'apprentissage de la citoyenneté des

jeunes de 10 à 15 ans sur leur territoire. Ils sont partis du constat de la forte abstention des jeunes âgés de 18 à 30 ans lors des élections. Après avoir envisagé de créer un conseil municipal des jeunes, ils ont plutôt choisi de créer des groupes de jeunes souhaitant mener à bien un projet précis.

En janvier 2016, un premier groupe de douze jeunes, constitué sur la base du volontariat, a été sensibilisé à la citoyenneté et à la démocratie par une élue de la collectivité et par le directeur de l'espace jeunes. Puis, les jeunes ont été accompagnés pour élaborer et mettre en œuvre leur projet. Pour ce faire ils ont été formés à la prise de parole en groupe, à l'élaboration d'un argumentaire, au débat d'idées, à la prise de décisions. L'action s'est déroulée sur un an et demi, avec des réunions mensuelles. Les jeunes ont présenté leur projet au conseil municipal qui l'a validé et doté d'un budget. Premier projet mis en œuvre en 2016-2017 : une « boîte à dons » a été installée sur la place de la mairie, pour créer du lien sur l'espace public et lutter contre le gaspillage. Lors de l'inauguration, le documentaire *Demain* a été visionné, suivi d'un débat animé par les jeunes autour de la question : « *quels engagements prendre à l'échelle de chacun ?* »

Un autre groupe de dix jeunes a démarré un nouveau projet, pour promouvoir la pratique du vélo sur la commune : l'organisation d'une manifestation « *Faites du vélo* » le 22 avril 2018, comprenant course d'orientation, parcours d'initiation pour les petits parcours « *Déplacement en ville : apprendre les bons gestes à vélo* ». Les jeunes ont analysé les paroles recueillies auprès de la population lors de cette manifestation ; puis ils ont transmis des préconisations à la mairie

concernant des aménagements (mobilier urbain : parking vélos, totem réparation³...). Mme le maire a répondu aux jeunes que leurs propositions seraient examinées lors de la prochaine commission voirie.

Certains jeunes ont poursuivi leur engagement citoyen dans d'autres espaces : une section d'Amnesty International a été créée durant une année scolaire dans un lycée, des projections de films et de documentaires ont été organisées au cours de l'année 2017 et certains jeunes se sont engagés au sein du conseil régional de la vie lycéenne.

En conclusion, ces initiatives permettent d'accroître le pouvoir d'agir – *l'empowerment* – de ces jeunes dans la vie sociale et dans la politique de la cité, qui les considère partenaires à part entière. Les élus et les éducateurs constatent en particulier que le territoire local constitue un espace propice à l'engagement des jeunes, en leur donnant la possibilité de construire leur propre parcours conciliant aspiration personnelle et action collective. Cette forme d'éducation à la démocratie et à la solidarité les sensibilise en outre à la complexité du monde et aux réponses envisageables en matières éducatives, sociales, culturelles et environnementales. De nouveaux jeunes se sont manifestés pour s'engager dans le prochain groupe qui se mettra en place en janvier 2019 et jusqu'en juin 2020. ■

1. Fédération nationale des Francas. En ligne : <http://www.francas.asso.fr/>

2. Fédération nationale des Francas. *Avec les enfants et les jeunes, ensemble pour l'éducation, Projet Francas 2015-2020*. 2015 : 44 p. Citations extraites des p. 13, 18 et 39. En ligne : [http://www.francas.asso.fr/Hub/Portail/Francas_PUB.nsf/0/749648D907D2BE2EC12574D700447F4C/\\$File/Francas%20Projet%202015-2020%20Externe_BD.pdf](http://www.francas.asso.fr/Hub/Portail/Francas_PUB.nsf/0/749648D907D2BE2EC12574D700447F4C/$File/Francas%20Projet%202015-2020%20Externe_BD.pdf)

3. Il s'agit d'une borne installée sur la voie publique, avec du petit matériel en libre-service pour effectuer les petites réparations sur son vélo.

Centre sociaux : un lieu de développement du pouvoir d'agir des habitants ?

Aziza Deghay,
directrice du centre social
Centre Épinettes famille insertion
accueil (Céfia), Paris 17^e.

Cette enquête – sous forme de recherche-action – réalisée en 2017 avait pour objectif d'analyser les obstacles au développement du pouvoir d'agir (DPA) des habitants en centre social¹. Dans ce cadre, 21 personnes – coordinateurs, animateurs, directeur, président, membre du conseil d'administration, habitants – ont été rencontrés dans six centres sociaux² volontairement engagés dans une démarche de développement du pouvoir d'agir. Il s'agissait d'analyser les contraintes qui empêchent les habitants des quartiers populaires d'augmenter leur capacité à agir collectivement sur leurs problèmes sociaux.

L'enquête dresse le constat que différentes visions s'opposent, suscitant des tensions et de l'incompréhension entre acteurs. Ces divergences sont structurées par deux principales approches :

- un pouvoir d'agir associé à une participation orientée vers l'intérieur du centre social, qui vise l'augmentation de l'autonomie des individus, à travers la mise en place de projets participatifs ;
- un pouvoir d'agir associé à une participation orientée vers l'amélioration des conditions de vie dans le quartier, favorisant une citoyenneté locale, à travers des démarches exploratoires qui visent à mobiliser des collectifs d'habitants.

La préconisation, ici, est de dépasser cette opposition en investissant davantage l'*empowerment* comme processus d'apprentissage des savoirs et des capacités nécessaires au pouvoir d'agir, qui sont :

- la conscientisation à la fois des représentations qui structurent les inégalités et des conditions économiques et sociales qui les causent ;
- les capacités à agir collectivement : s'écouter, faire ensemble, s'organiser collectivement... ;
- les capacités de communication à l'oral et à l'écrit qui permettent de participer aux processus de décision (courriers, réunions, instances de démocratie participative...).

Mettre en place des parcours d'apprentissage

Ces capacités et ces savoirs peuvent être développés à travers des démarches participatives internes au centre social, outil au service du quartier. Il s'agit de contribuer à l'augmentation de l'estime de soi en déconstruisant le statut « d'inférieur » des habitants des quartiers populaires, dans des relations inégalitaires fondées sur les différences de savoirs entre professionnels et habitants.

Dans les démarches participatives orientées vers l'intérieur, la préconisation est que les centres sociaux mettent en place des parcours d'apprentissage des savoirs nécessaires au pouvoir d'agir : à travers différents niveaux de décision, qui permettent de s'exercer au sein du centre social et, progressivement, aux capacités nécessaires à l'exercice d'un réel pouvoir dans les lieux de décisions.

L'objectif commun est de favoriser un réel exercice du pouvoir par les habitants, au sein des conseils d'administration et, plus globalement, pour ne pas reproduire dans les centres sociaux ces inégalités de pouvoirs entre professionnels et habitants qui structurent les relations entre habitants et institutions dans les quartiers populaires.

L'enquête a permis de distinguer schématiquement trois types de pratiques :

- Cas n° 1 – Les actions collectives sont participatives, mais il n'est nullement question d'identifier un problème social pour accompagner les habitants vers plus de pouvoir pour agir, en visant un changement dans la société, une transformation sociale.

- Cas n° 2 – Les pratiques de développement du pouvoir d'agir sont beaucoup plus structurées et soutenues par le conseil d'administration. Depuis plus de quinze ans, un centre social couvert par cette enquête a choisi de s'engager dans des dynamiques de participation tournées vers la transformation de la société. Il participe à une expérimentation à partir de 2014, soutenue par la Fondation de France et portée par le collectif Pouvoir d'agir. Dans ce cadre, il recrute deux animateurs dont la mission est de « tester, d'analyser et de diffuser des techniques, des méthodes et des postures qui permettent aux habitants d'augmenter leurs capacités à agir sur ce qui est important pour eux et leurs proches ». Avec le soutien d'une équipe Chantier Pouvoir d'agir comprenant deux administrateurs ainsi que le directeur

et le président, les animateurs vont initier de nouvelles pratiques, qui se découpent en trois phases :

- aller à la rencontre des habitants – entendre les problématiques : sur la base d'entretiens qui durent de dix minutes à deux heures ;
- mobiliser les habitants – accompagner les groupes : avec des groupes constitués autour d'un problème commun à plusieurs habitants ;
- diffuser les méthodes – transformer les pratiques.

Voici quelques exemples illustrant les problèmes communs qui réunissent des habitants dans un même groupe : « Pour améliorer le réseau de bus sur le quartier » ; « Pour améliorer la communication entre parents et professionnels

de l'éducation » ; « Pour améliorer le respect du règlement concernant le bruit par les habitants des immeubles » ; « Pour faciliter le lien entre employeurs de la ville et de demandeurs d'emploi du quartier ». Dans chaque groupe, le problème est analysé, et les habitants réfléchissent collectivement à des solutions et à des propositions en vue de les soumettre à des déci-

deurs : transports publics, bailleurs, écoles, Pole emploi. Cette pratique de développement du pouvoir d'agir correspond bien aux préconisations du projet de la Fédération des centres sociaux de France (FCSF).

- Cas n° 3 – Les centres sociaux expérimentent une même pratique, la Table de quartier, définie ainsi : « Des espaces citoyens, qui réunissent associations et/ou habitants mobilisés à l'échelle du quartier. Leur but est de mener des actions collectives permettant l'amélioration des conditions de vie dans le quartier, à partir d'enjeux, préoccupations et envies d'agir soulevés par les habitants. Il peut s'agir de solutions construites par les habitants eux-mêmes, ou de démarches d'interpellation [2]. » Espace de participation ascendante, en opposition aux dispositifs de participation des pouvoirs publics,

la Table de quartier développe une démarche de concertation qui s'appuie sur les préoccupations, les expériences et les savoirs des habitants, qui en sont « les premiers acteurs et les premiers décideurs ». Elle offre l'occasion de tester une forme d'action concrète, précise et définie clairement.

« J'ai plus cette peur [...] de dire une bêtise »

Tous les centres sociaux convergent vers une même vision d'un développement du pouvoir d'agir qui se caractérise par une montée des compétences pour communiquer dans des temps de discussion et d'argumentation tels que les réunions, les conseils d'administration et les rencontres avec des personnes de pouvoir. Ainsi, d'après les acteurs, la progression se situe au niveau de « l'estime de soi » et de « la prise de parole ». Le développement de l'estime de soi permet de dépasser les représentations limitantes que les habitants ont sur leurs capacités à agir. Claire, salariée d'un centre social, explique qu'aux premières rencontres, les habitants ont tendance à lui dire : « eh bien moi, j'ai rien à dire, je sais pas, j'ai pas été à l'école. »

Ainsi, parmi les professionnels enquêtés, Nadia explique que cet accroissement de l'estime de soi est l'un des objectifs de sa pratique :

« Pour moi la table de quartier c'était... de donner confiance aux gens, et de savoir qu'ils sont capables, et qu'ils ont pas besoin de qui que ce soit pour avancer. [...] Avoir confiance en soi, ça s'apprend, et juste de dire... moi, je suis quelqu'un, j'ai le droit à la parole. Et peu importe comment je m'exprime, la personne en face de moi, de toute manière, elle me comprendra. »

Or, cette dimension de confiance en soi permet d'entrevoir une sorte de hiérarchie, avec des enjeux de pouvoir qui se jouent au niveau relationnel, et pour lesquels les capacités liées à la prise de parole sont déterminantes. Jamila, habitante du centre social, en témoigne en parlant de sa relation aux enseignants de l'école de ses enfants :

« Je les voyais comme plus intelligents que nous, surdoués... Nous on était en dessous. [...] Je me rappelle, dans les conseils d'école, j'en plaçais pas une. Y a que les profs qui parlaient. »

Suite à sa participation à un groupe Pouvoir d'agir du centre social, son regard a changé :

« Maintenant, je les vois normal, je trouve pas qu'ils sont plus intelligents que nous ; ils ont peut-être des études un peu plus supérieures que nous, mais je veux dire... Des fois, on peut avoir des études supérieures et une expérience qui est pas du tout... J'ai plus cette peur, cette angoisse d'aller vers le prof, peur de dire une bêtise, du fait de cette expérience justement. »

Au service des habitants les plus éloignés des décisions

En conclusion, le principal frein au développement du pouvoir d'agir des habitants est bien une culture professionnelle de l'aide – ou de l'assistance – qui, dans les centres sociaux comme dans les institutions, nie les savoirs des habitants et leur légitimité à participer aux décisions qui les concernent. C'est cet ordre inégalitaire que les démarches de développement du pouvoir d'agir viennent bousculer. Elles appellent à une profonde remise en question de la culture de l'animation en centre social : passer d'une culture de l'aide sociale à un accompagnement qui reconnaît aux habitants des savoirs et une légitimité à exercer un pouvoir dans les processus de décision. ■

1. Si certains se désignent « centre socioculturel » et d'autres « centre social et culturel », avec une part plus ou moins importante de la culture dans les activités, ils ont en commun le même agrément de la Caisse d'allocations familiales (CAF) pour les centres sociaux.

2. Un à Paris, un en région Hauts-de-France, un en Poitou-Charentes et trois en région Provence-Alpes-Côte d'Azur – PACA.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Deghay A. *Le Développement du pouvoir d'agir en centre social, un premier palier d'exercice à la citoyenneté ?* [Mémoire]. Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), Centre d'économie sociale (Cestes) : 2017.

[2] Bacqué M.-H., Mechmache M. *Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires*. [Rapport remis au ministre délégué à la Ville] Paris : éditions du CGET, coll. Recherches, 2013, hors-série, 144 p. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_participation_habitants_web_141107.pdf

La notion d'*empowerment* interagit avec plusieurs concepts voisins : participation sociale, démocratie sanitaire, et aussi promotion de la santé, éducation par les pairs, renforcement des compétences psychosociales, santé communautaire, etc. Pour ce dossier, nous avons ici choisi de présenter notre sélection de ressources selon ces approches plurielles, suivant trois parties : les deux premières présentent un ensemble de références sur la participation sociale, la démocratie sanitaire, la santé communautaire et l'intervention sociale ; la troisième et dernière partie se consacre plus particulièrement à la question de la jeunesse, à travers les notions d'éducation par les pairs et de renforcement des compétences psychosociales. Ce numéro fait écho à d'autres dossiers parus dans *La Santé en action* n° 443 : Promouvoir la participation sociale des personnes âgées (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/443.asp>) ; n° 431 : Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/431.asp>) ; n° 421 : Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/421.asp>) ; n° 413 : *Empowerment* et santé mentale (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/413.asp>).

Laetitia Haroutunian,
documentaliste,
direction de la documentation,
Santé publique France.

EMPOWERMENT, PARTICIPATION SOCIALE ET CITOYENNE, DÉMOCRATIE SANITAIRE

- **De la participation au pouvoir d'agir [dossier].** *Vie sociale*, 2017, n° 19 : 232 p.
- **Ma cité s'organise. Community organizing et mobilisations dans les quartiers populaires [numéro thématique].** *Mouvements*, 2016, vol. 1, n° 85 : p. 7-163.
- **L'empowerment à la française ? Empowerment, développement du pouvoir d'agir, du faire participer, de la citoyenneté : quelles relances pour quel travail social ? [dossier].** *Forum*, avril 2015, n° 144-145 : p. 1-102. En ligne : http://doc.iut2.upmf-grenoble.fr/Forum/Forum_144_145.pdf
- Chibrac L., Portal B. **Empowerment, développement du pouvoir d'agir : du discours aux actes concrets.** *Actualités sociales hebdomadaires*, 2015, n° 2922 : p. 32-33.
- **Pour une élaboration démocratique des priorités de santé [dossier].** *Les Tribunes de la santé*, mars 2014, Hors-série n° 3 : p. 21-29. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SEVE_HSO3_0021
- **Tabuteau D. Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé.** Paris : Odile Jacob, 2013 : 304 p.

• Bacqué M.-H., Biewener C. **L'Empowerment, une pratique émancipatrice.** Paris : La Découverte, coll. Politique et sociétés, 2012 : 175 p.

• Rouff K. **L'émancipation par l'empowerment [dossier].** *Lien social*, 2013, n° 1123 : p. 10-18. En ligne : <https://www.lien-social.com/L-emancipation-par-l-empowerment>

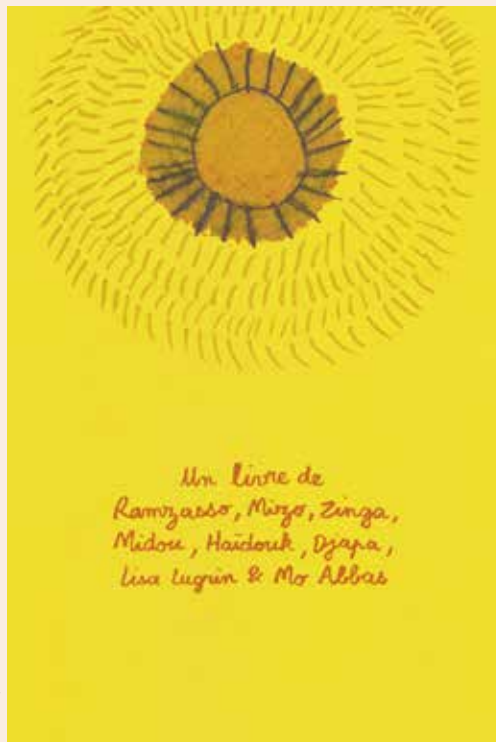
• Le Bossé Y. **De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment.** *Nouvelles pratiques sociales*, 2003, vol. 16, n° 2 : p. 30-51. En ligne : https://vidyaa.fr/wp-content/uploads/2013/05/le_bosse.pdf

• Laverack G., Wallerstein N. **Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains.** *Health Promotion International*, 2001, vol. 16, n° 2 : p. 179-185. En ligne : <https://academic.oup.com/heapro/article/16/2/179/653448>

• Wallerstein N., Bernstein E. **Introduction to community empowerment, participatory education, and health.** *Health Education Quarterly*, 1994, vol. 21, n° 2 : p. 141-148. En ligne : https://www.researchgate.net/profile/Nina_Wallerstein/publication/15178389_Introduction_to_Community_Empowerment_Participatory_Education_and_Health/links/53d65dd10cf2a7fbb2ea9ecc/Introduction-to-Community-Empowerment-Participatory-Education-and-Health.pdf

ACTION SOCIALE, PROMOTION DE LA SANTÉ, SANTÉ COMMUNAUTAIRE

• Poujol V., Douard O. **L'Émancipation comme condition du politique : l'agir social réinterrogé.** Paris : Éditions, 2018 : 290 p.



© Delians, Dehors

- **Jouffray C. (dir).** *Développement du pouvoir d'agir : une nouvelle approche de l'intervention sociale*. Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, 2^e éd., 2018 : 240 p.
- **Passel S.** *Actions collaboratives pour la santé des habitants : le vivre ensemble en ville*. Londres : ISTE Éditions, coll. Systèmes d'information, web et société, 2017 : 147 p.
- **Empowerment, participation, activation... Des concepts aux pratiques d'intervention sociale [dossier]**. *Revue Sciences et actions sociales*, 2015, n^{os} 1-2. En ligne : <https://www.sas-revue.org/9-numero-de-revue/13-n-1-annee-2015-dossier-n-1>
- **Vallerie B. (dir).** *Interventions sociales et empowerment (développement du pouvoir d'agir)*. Paris : L'Harmattan, coll. Savoir et formation, 2012 : 192 p.
- **Éducation populaire et éducation pour la santé [dossier]**. *La Santé de l'homme*, 2010, n^o 405 : p. 13-40. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-405.pdf>
- **Ferron C.** *La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche !* *La Santé de l'homme*, 2010, n^o 406 : p. 4-7. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-406.pdf>
- **Shankand R., Saïas T., Friboulet D.** *De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire*. *Pratiques psychologiques*, 2009, vol. 15, n^o 1 : p. 65-76.
- **Goudet B.** *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*. Lyon : Chronique sociale, coll. Comprendre la société, 2009 : 351 p.
- **Ninacs W.A.** *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Presses de l'université Laval, coll. Travail social, 2008 : 225 p.

JEUNESSE ET EMPOWERMENT : PARTICIPATION, ÉDUCATION PAR LES PAIRS, DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

- **Dujardin F., Jamouille P., Sandron L.** *Quand les pairs deviennent ressources [dossier]*. *L'Observatoire*, 2017, n^o 92 : p. 3-66.
- **Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes [dossier]**. *La Santé en action*, 2015, n^o 431 : p. 10-40. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-431.pdf>
- **Amsellem-Mainguy Y., Le Grand É. (dir.)** *Éducation pour la santé des jeunes : la prévention par les pairs [dossier]*. *Cahiers de l'action*, 2014, vol. 3, n^o 43 : 100 p. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2014-3.htm>
- **L'action publique au défi de l'empowerment : progrès démocratique ou alibi politique ? [dossier]**. *Recherche sociale*, 2014, n^o 209 : 84 p.
- **Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs [dossier]**. *La Santé de l'homme*, 2012, n^o 421 : p. 10-39. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-421.pdf>
- **Richez J.-C., Labadie F., de Linares C.** « Youth empowerment » dans *l'espace euroméditerranéen [rapport]*. Paris : Injep, 2012 : 46 p. En ligne : http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/Empower_Youth_DEF_2_.pdf
- **Alvestegui A., Estebe P., Frinault T., Petitjean F., Rouyer A., Loncle P. et al.** *Styles locaux d'action publique et participation des usagers, les jeunes et les personnes âgées à Rennes, Metz et Toulouse. Rapport Final*. Paris : Drees, 2003 : 217 p.
- **École nationale de la santé publique.** *La Participation des jeunes à la définition des politiques locales de santé*. Rennes : EHESP, 2002 : 45 p.
- **Cultures & Santé absl.** *L'empowerment [dossier thématique]*, dernière mise à jour juin 2010, n^o 4 : 20 p. En ligne : <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/31-lempowerment-n-4.html>

Les liens Internet mentionnés ont été consultés le 27 septembre et le 12 novembre 2018.

Consultations jeunes consommateurs : bilan après dix ans d'activité

Ivana Obradovic,
directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis.

Les consommations de produits psychoactifs constituent une préoccupation forte des familles et des pouvoirs publics. À 17 ans, neuf jeunes sur dix ont déjà bu de l'alcool, six sur dix ont déjà fumé une cigarette et près de la moitié déclarent avoir déjà fumé du cannabis. L'essor conjugué des pratiques d'alcoolisation ponctuelle importante, d'un tabagisme régulier souvent couplé à une consommation de cannabis significative expose les jeunes générations à certains risques sanitaires et sociaux.

Pour leur offrir un accompagnement spécifique, un nouveau dispositif a été créé en 2005 : les consultations jeunes consommateurs (CJC). La vocation de ce dispositif original en Europe est d'assurer un continuum entre prévention et soins. Les CJC offrent, gratuitement et anonymement, aux jeunes consommateurs (mineurs ou majeurs) et à leur entourage la possibilité d'effectuer un bilan de leurs consommations, d'obtenir information et conseil et, le cas échéant, une aide à l'arrêt de la consommation. Si nécessaire, elles peuvent également proposer une prise en charge brève ou une orientation vers une structure spécialisée.

D'abord centrées sur un public-cible, les jeunes, et un produit (au point d'être labellisées « consultations cannabis »), les CJC ont élargi leur champ au fil des plans gouvernementaux de lutte contre les addictions : elles prennent désormais en compte tous les publics et toutes les substances



© Frédérique Millon

psychoactives (cannabis, alcool, tabac, cocaïne, etc.), ainsi que les addictions sans produit (jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, usages d'Internet). Après dix ans d'activité, quel bilan peut-on dresser de cette offre de prévention et de prise en charge dédiée aux jeunes ? Les enquêtes régulières menées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) permettent de retracer les évolutions de l'offre des CJC, du profil des publics reçus et des filières de recrutement.

Une offre en constante évolution

La première évaluation du dispositif, réalisée en 2007, a montré que les quelque 300 points de consultation alors en activité ont accueilli 70 000 personnes, dont 45 000 usagers de produits et 25 000 membres de leur entourage. En 2014-2015, 260 structures gestionnaires d'une activité de

consultations jeunes consommateurs étaient répertoriées en métropole et en outre-mer, au sens d'établissements médico-sociaux ou hospitaliers gérant une activité de CJC pouvant correspondre à plusieurs points de consultation. En termes de couverture territoriale, cette offre représente, en 2018, environ 540 points de consultations au plan national, répartis sur plus de 420 communes, sous des formes diverses : CJC installée dans les locaux d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), au sein d'un service hospitalier ou même hors les murs. À l'image du temps de présence des personnels et de leur accessibilité horaire, qui peut aller d'une permanence hebdomadaire le mercredi à une ouverture six jours par semaine, l'activité des CJC est fort variable : la majorité d'entre elles réalisent moins de dix consultations par mois.



© Pixabay

Une polyvalence revendiquée

En 2014-2015, l'essentiel du public accueilli évoque au premier chef une consommation de produits psychoactifs. La plupart des consultants citent un seul produit (en général le cannabis), un peu plus de 10 % en citent plusieurs et moins de 10 % mentionnent une addiction comportementale. Ainsi, les motifs de recours aux consultations jeunes consommateurs se sont étoffés, mais le produit incitant au recours à la CJC reste, dans la grande majorité des cas, le cannabis, loin devant l'alcool, le tabac, la cocaïne et les autres substances. Les produits illicites (hors cannabis et cocaïne) représentent moins de 4 % des recours : héroïne, stimulants (MDMA/ecstasy, amphétamines ou speed), médicaments psychotropes (dont benzodiazépines), etc.

Lorsque le recours n'est pas lié à un produit, mais à une autre conduite addictive, il s'agit le plus souvent des jeux vidéo (6 %), d'Internet (2 %) ou des désordres alimentaires (2 %), parmi une grande variété de comportements (addictions au sexe, à la pornographie, aux achats compulsifs, aux sports extrêmes, à la scarification...). Les demandes suscitées par un trouble du comportement proviennent deux fois plus souvent de l'entourage et concernent surtout les pratiques d'écrans.

Un élargissement des vecteurs de recrutement

La démarche de consulter peut être volontaire ou non. En 2014-2015 comme en 2005-2007, l'activité de consultation est dominée par les recours contraints. Aujourd'hui, plus d'un tiers de l'activité de consultation reste alimentée par les orientations judiciaires, première source de recrutement des consultations jeunes consommateurs. Ce motif de recrutement majoritaire a cependant vu sa part s'abaisser au profit des orientations par la famille et par le milieu scolaire. *A contrario*, la part des démarches spontanées a peu évolué depuis l'origine des CJC (autour de 20 %). La proportion d'orientations par la famille a connu un regain après la campagne de communication menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2015. Pour autant, les autres filières de recrutement du public dépassent chacune 10 % des demandes : orientation socio-éducative, par la protection judiciaire de la jeunesse ou par un professionnel de santé.

Une prédominance des hommes, âgés de 18 à 25 ans, usagers de cannabis, orientés par la justice

Le public des consultations jeunes consommateurs se caractérise d'abord par une forte prédominance

masculine (plus de 80 %), malgré de fortes disparités territoriales. Le public reçu comprend surtout des jeunes majeurs (18-25 ans), qui représentent la moitié du public, mais leur proportion a nettement diminué depuis dix ans. Ce recul a bénéficié en particulier aux mineurs, dont la place s'est affirmée à la faveur d'une meilleure connaissance des CJC par les parents après la campagne de l'Inpes (Institut désormais intégré à Santé publique France, NDLR).

Les modalités de recours sont différenciées selon l'âge : avant la majorité, l'orientation familiale est la plus fréquente ; entre 18 et 30 ans, les injonctions judiciaires sont prépondérantes ; au-delà, les demandes spontanées et l'orientation médicale passent en tête des recours. Elles sont également modulées selon le sexe : les femmes, en moyenne plus âgées, viennent plus souvent spontanément ou adressées par un professionnel de santé, tandis que les hommes sont très majoritairement orientés par la justice.

De fortes spécificités au sein du public adressé par la justice

Le public sous main de justice comporte quatre fois plus d'hommes que les autres types de consultants, ce qui reflète le *sex ratio* des interpellations pour usage de cannabis. De plus, certaines catégories sont surreprésentées au sein de la population adressée par

la justice : jeunes majeurs (18-25 ans) ; personnes déscolarisées ou sans emploi ; usagers occasionnels de cannabis consommant dans un cadre festif. Les justiciables sont plus souvent reçus par un infirmier ou un travailleur social plutôt que par un psychologue ou un médecin et, au-delà de la première consultation, rares sont ceux qui s'avèrent volontaires pour solliciter un accompagnement.

Une précarisation croissante du public

L'analyse du public des consultations jeunes consommateurs met au jour des profils marqués par une fragilité socio-économique croissante. Parmi les jeunes adultes vus en CJC en 2014 (entre 18 et 25 ans), qui se caractérisent par un faible niveau d'études, la part des chômeurs et des inactifs est très élevée (43 %). Un jeune adulte sur cinq, reçu en CJC, n'a ni formation ni emploi. Au-delà de 25 ans, la plupart des consultants sont chômeurs ou inactifs (54 %). La précarité socio-économique du public des CJC s'est nettement accentuée au fil des années et touche tout particulièrement les hommes. Ce constat se vérifie de façon prépondérante dans le public masculin orienté par la justice. Parmi ces consultants, près de la moitié sont chômeurs.

Une difficulté d'accéder à certains publics

En dix ans, l'offre de consultations jeunes consommateurs a progressé, le nombre de lieux de contact étant passé de près de 300 à plus de 500 aujourd'hui, en métropole et en outre-mer. Cette offre conséquente a permis de maintenir un volume de consultations qui reste largement alimenté par les recours contraints, malgré une augmentation des orientations par le milieu scolaire.

L'offre de CJC adopte des formes de plus en plus variées. Si la plupart des consultations ont toujours lieu dans les locaux du Csapa, on note un nombre grandissant de points de consultations avancés, conformément aux orientations du ministère de la Santé¹ qui précise que les Csapa doivent privilégier le maillage territorial afin de toucher les « publics en difficulté là où ils se trouvent ». Outre l'essor des points de consultation hors les murs (au plus près

L'ESSENTIEL

► **Dispositif unique en Europe, lancé en 2005, les 540 consultations jeunes consommateurs présentes en métropole et dans les départements d'outre-mer informent, conseillent, prennent en charge et orientent les 15-25 ans qui ont des problèmes de consommation de substances psychoactives (cannabis, alcool, tabac, cocaïne et autres produits) ou d'addiction sans produit (jeux vidéo et d'argent, Internet, pratiques d'écrans).**

► **Si plus du tiers des jeunes consultent parce qu'ils y sont contraints par orientation judiciaire, de plus en plus de jeunes sont orientés par leur milieu scolaire.**

► **La précarité socio-économique de ce public s'est nettement accentuée au fil des années.**

des publics visés, en milieu scolaire ou dans d'autres types d'établissements en lien avec les jeunes), le public des CJC reflète plusieurs évolutions générales à l'œuvre dans le champ médico-social : forte présence du public orienté par la justice, montée en charge des populations précaires, hausse des recours au titre d'une « addiction sans produit », diversification des profils malgré la difficulté persistante d'accéder à certains publics (notamment les jeunes usagers d'alcool).

Les données d'enquête mettent en évidence le rôle à géométrie variable de la CJC, assimilable à une clinique de l'adolescence pour les plus jeunes, soulignant la nécessité de développer une intervention de réduction des risques en tenant compte du genre, de l'âge et des conditions sociales de vie, et de favoriser les conditions d'une alliance thérapeutique. ■

1. Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, *Bulletin officiel Santé, protection sociale, solidarité*, 15 avril 2008, n° 3, NOR : SJSP0830130C, 2008.

L'auteure tient à remercier Julie-Émilie Adès, Julien Morel d'Arleux et Caroline Protais (OFDT) pour leur relecture.

Pour aller plus loin

- Beck F. (dir.) *Jeunes et addictions*. Saint-Denis : OFDT, 2016 : 208 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/JAD2016comp.pdf>
- Couteron J.-P., Beck F., Bonnet N. et Obradovic I. Adolescence et addiction : pistes et propositions pour adapter les politiques de santé publique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2015, vol. 63, n° 4 : p. 258-267
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Paris : Éditions Inserm 2014 : 77 p. En ligne : https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity_documents/Inserm_EC_2014_ConduitesAddictivesAdolescents_Synthese.pdf
- Obradovic I. Activité des consultations jeunes consommateurs (2005-2007). OFDT, *Tendances*, décembre 2008, n° 63. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxiooc.pdf>
- Obradovic I., Beck F. Jeunes femmes sous influence. Vers la féminisation du public reçu dans les dispositifs d'aide pour un usage de cannabis. *Travail, genre et sociétés*, 2016, vol. 1, n° 29 : p. 105-127. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2013-1-page-105.htm>.
- Obradovic I., Le Nézet O., Spilka S. Jeunes usagers de drogues et demande d'aide. Estimation du public potentiel d'un dispositif d'aide aux jeunes consommateurs. *Agora débats/jeunes*, 2016, vol. 2, n° 64 : p. 61-76. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-agera-debats-jeunes-2013-2-page-61.htm>
- Obradovic I., Palle C. Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateurs de drogues ? L'apport d'une démarche par focus groups. *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*, 2012, vol. 18, n° 2 : p. 77-100. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2012-2-page-77.htm>
- Protais C., Diaz-Gomez C., Spilka S., Obradovic I. Évolution du public des CJC (2014-2015). OFDT, *Tendances*, mars 2016, n° 107 : 4 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw3.pdf>
- Protais C. Les pratiques professionnelles en CJC. Entre hétérogénéité et naissance d'un savoir-faire spécifique. [Note n° 04]. OFDT, juillet 2017 : 16 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxax7.pdf>
- Spilka S., Le Nézet O., Janssen É., Brissot A., Philippon A., Shah J. et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête Escapad 2017. OFDT, *Tendances*, février 2018, n° 123 : 8 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsyy2.pdf>

« Ce ne sont pas les mauvaises conditions sociales qui créent l'addiction, mais la dislocation du milieu familial »

Entretien avec le Dr Olivier Phan,

responsable de la consultation jeunes consommateurs au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Pierre-Nicole à Paris, et du service d'addictologie à l'adolescence à la Fondation santé des étudiants de France, à Sceaux.

La Santé en action : **Qui sont les jeunes qui viennent à la consultation ?**

Dr Olivier Phan : Nous pouvons distinguer trois profils-types, même si cela est un peu schématique. Les 11-16 ans sont essentiellement concernés par une addiction aux jeux vidéo. Les 14-17 ans viennent pour une consommation de cannabis qui pose question. Quant aux 17-20 ans, ce sont les problèmes d'alcool festif – plus connus sous le nom de *binge drinking* – ou de polyconsommation qui constituent la principale raison de leur venue dans le service. Il est très rare que les jeunes consultent seuls ; à cet âge, on ne demande pas d'aide.

« NOTRE PREMIER OBJECTIF EST DE FAIRE EN SORTE QUE L'ADOLESCENT REVIENT, ALORS QU'IL N'A PAS DU TOUT ENVIE D'ÊTRE LÀ. UN PREMIER ENTRETIEN PERMET D'ÉVALUER AVEC L'ADOLESCENT SON ÉTAT PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE, SON ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET AMICAL, SA SITUATION SOCIALE, SON ÉTAT ÉMOTIONNEL ET DE TENTER DE CRÉER UN LIEN AVEC LUI. »

Ils nous sont adressés soit par leurs parents qui s'inquiètent, soit par les institutions – Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), foyers de l'aide sociale à l'enfance (ASE), services de pédopsychiatrie, établissements scolaires. L'absentéisme scolaire, la chute des résultats, les difficultés relationnelles et d'insertion dans le milieu socio-éducatif sont autant de signaux d'alarme qui déclenchent leur orientation vers la consultation jeunes consommateurs (CJC).

S. A. : **Une consommation problématique est-elle le révélateur d'un mal-être ?**

Dr O. P. : La question me paraît plus complexe qu'une réponse à un mal-être, même si les consommations addictives touchent des personnalités plus fragiles qui connaissent des difficultés à aller vers les autres. À chaque produit correspondent des comportements. Le jeu vidéo, par son caractère compétitif, apporte non seulement de l'excitation, mais aussi de la reconnaissance et une forme de gratification ; le joueur y acquiert des compétences et il rêve d'en faire une carrière, comme certains. C'est très différent d'un consommateur de cannabis, qui utilise le produit pour réguler ses émotions ; avoir des fous rires avec les copains dans la journée ; calmer ses angoisses le soir, en fumant plusieurs joints. En revanche, les jeunes ne boivent pas le soir, seuls dans leur chambre ; l'alcool correspond à une recherche de désinhibition pendant les fêtes, pour se sentir plus proche des autres, ne plus penser à rien. Les polyconsommations, avec

des hallucinogènes (MDMA¹/Ecstasy, LSD, champignons...), correspondent à une recherche de sensations fortes ; les jeunes déclarent y avoir recours afin de « tenir le coup » pendant les raves et les *free parties*.

S. A. : **Avez-vous observé des changements de profils et/ou de consommations au cours de la dernière décennie ?**

Dr O. P. : L'addiction aux jeux vidéo constitue la principale évolution que nous avons observée et qui a conduit à un rajeunissement de notre patientèle. La CJC accompagne près de 250 adolescents chaque année. En 2007, à nos débuts, les consultations pour jeux vidéo représentaient environ 8 % des cas ; en 2017, cette part monte à 40 %. Nous avons travaillé cette problématique et notre service étant désormais bien connu, les jeunes accros aux jeux nous sont donc adressés.

L'ampleur du phénomène tient à plusieurs facteurs. Tous les ados jouent et c'est la principale différence avec les autres produits, par exemple le cannabis. Les enquêtes montrent qu'un jeune sur deux « seulement » a déjà essayé le cannabis ; parmi cette moitié, de 5 % à 10 % consomment régulièrement. Le niveau reste élevé, le plus haut en Europe, mais les chiffres sont stables. Ensuite, les jeux ont gagné en sophistication : on ne joue plus seul devant son écran, dans un mode homme contre machine ; on joue en ligne et l'on se confronte à d'autres joueurs, ses pairs. Le jeu multijoueurs, en équipe, contraint à une connexion quotidienne, sinon le joueur peut être exclu par le

L'ESSENTIEL

▣ **Les professionnels de la consultation jeunes consommateurs (CJC) Pierre-Nicole à Paris prennent en charge les adolescents et les jeunes (11-20 ans) concernés par une addiction au cannabis, à l'alcool ou aux jeux vidéo.**

▣ **Ils épaulent les jeunes dans un travail sur l'estime de soi, la gestion de ses émotions et le développement de ses capacités d'empathie.**

▣ **La modalité de prise en charge peut être individuelle ou familiale. La thérapie familiale est privilégiée quand elle est possible, car la famille est un élément essentiel.**

gilde master. Enfin, les supports pour jouer se sont multipliés : télévision, console, ordinateur, Smartphone.

S. A. : Que propose votre équipe en termes de prise en charge thérapeutique ?

Dr O. P. : Notre objectif est de faire en sorte que l'adolescent revienne, alors qu'il n'a pas du tout envie d'être là. L'accroche avec un jeune se fait sur le plan émotionnel et non intellectuel. Un premier entretien permet d'évaluer avec l'adolescent son état psychologique ou psychiatrique, son environnement familial et amical, sa situation sociale, son état émotionnel, et de tenter de créer un lien avec lui.

À partir de là, deux modalités de prise en charge sont possibles : individuelle ou familiale avec, dans certains cas, possibilité d'hospitalisation en soin-études. Plusieurs techniques sont utilisées, comme les thérapies comportementales et cognitives ou les entretiens motivationnels, qui se déroulent, selon les troubles rencontrés, avec un éducateur, un psychologue, voire un psychiatre. Des stratégies de changement y sont élaborées, après avoir posé des objectifs de diminution ou d'arrêt. L'idée est de prendre conscience du lien entre consommation et d'éventuels syndromes dépressifs, une perte de confiance en soi, des traumatismes personnels. Nous travaillons sur l'estime de soi, la gestion de ses émotions, le développement de ses capacités d'empathie. Cependant, nous privilégions la thérapie familiale,

quand elle est possible ; elle concerne un jeune sur deux que nous accompagnons. La famille est à nos yeux un élément essentiel. Ce ne sont pas les mauvaises conditions sociales ou la pauvreté qui créent l'addiction, mais la dislocation du milieu familial. Nous le constatons dans nos interventions auprès des mineurs non accompagnés, qui se révèlent plus complexes, si bien que nous nous limitons souvent à la réduction des risques.

S. A. : Quelle place donnez-vous à des pratiques récentes innovantes, comme la thérapie familiale multidimensionnelle ou les groupes d'affirmation de soi ?

Dr O. P. : Nous pratiquons la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT²), parce que c'est une modalité très intéressante. La thérapie familiale classique, où l'on voit tout le monde ensemble, tend à reproduire en séance ce qui se passe à la maison. Avec la MDFT, nous voyons les parents d'un côté et l'adolescent de l'autre ; nous travaillons donc en sous-systèmes pour comprendre la situation, identifier les points de blocage et définir des changements. Nous les réunissons ensuite pour que chacun partage l'intérêt de ces changements et la façon de les expérimenter. L'affirmation de soi, travaillée individuellement ou en groupe, est un autre outil dont nous nous servons beaucoup. Dans les interactions avec leur environnement, les adolescents en perte d'estime d'eux-mêmes n'arrivent pas à trouver un juste milieu entre une attitude passive (le souffre-douleur) et une attitude agressive. Nous les aidons, par des jeux de rôle et d'autres exercices, à trouver la position affirmée et empathique entre les deux, ce qui implique de reconnaître les émotions des autres et de comprendre que son propre comportement influe sur le comportement d'autrui, y compris sur celui des adultes, alors que les jeunes pensent souvent que l'attitude de ces derniers est immuable.

S. A. : Vous avez participé à la rédaction du manuel Paact³ ; qu'apporte-t-il aux professionnels qui reçoivent des jeunes ?

Dr O. P. : Le manuel Paact, acronyme de Processus d'accompagnement et d'aide au changement thérapeutique,

est un ouvrage pratique et accessible à tous qui formalise les techniques d'entretiens motivationnels, adapte et reprend les étapes de la thérapie familiale multidimensionnelle, etc. en les adaptant aux adolescents et aux conduites addictives. C'est une aide concrète, notamment pour les personnels qui ne sont pas formés à la psychothérapie, par exemple les éducateurs des CJC. Cela leur apporte des repères qui peuvent leur être utiles pour accomplir leur mission.

S. A. : L'activité de votre consultation jeunes consommateurs a-t-elle été évaluée ?

Dr O. P. : Nous avons évalué dans un protocole de recherche⁴ l'efficacité de la thérapie familiale. Celle-ci semble d'autant plus efficace que le patient est jeune, qu'il présente des troubles du comportement ou qu'il soit dans une situation d'addiction sévère. Notre plus grande réussite, c'est de voir les patients venir régulièrement : ils trouvent du temps et ne s'inventent pas d'excuses pour décommander leur rendez-vous. C'est la preuve que nous savons les accrocher et créer une alliance avec eux. L'aspect le moins positif de notre travail est sans doute la pression du chiffre. Nous n'avons pas d'obligations à proprement parler, mais plus la file active est importante, plus nous convainquons les instances extérieures. Donc, nous ne refusons pas de demandes, nous parvenons à caser tout le monde, mais cela se fait au détriment du temps que nous aimerions passer plus longuement avec certains patients qui en ont besoin. C'est un regret. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. Méthylène-dioxy-n-méthylamphétamine, aussi appelée « drogue de l'amour », « D » ou « MD ».

2. MDFT : MultiDimensional Familial Therapy.

3. Manuel conçu avec le soutien de la Fédération addiction, de la Direction générale de la santé et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). En ligne : <http://www.pierre-nicole.com/consultations-jeunes-consommateurs-mise-en-ligne-du-manuel-p-c-t.html>

4. Programme européen de recherche nommé International Cannabis Need of Treatment Project (Incant).

CJC Orléans : « Aider les jeunes à retrouver l'autonomie »

Entretien avec Christine Tellier,

directrice générale,

Nicolas Baujard,

chef de service du pôle Jeunesse,

Association pour l'écoute et l'accueil

en addictologie et toxicomanie (Apléat),

Orléans.

La Santé en action : Comment fonctionne votre consultation ?

Christine Tellier et Nicolas Baujard :

La Station, ainsi que nous appelons le service Jeunesse qui comprend la prévention et la consultation jeunes consommateurs (CJC), propose un accueil élargi. À côté de l'accueil dans nos locaux, nous organisons un « aller vers » les jeunes. En 1999, nous avons réalisé une première expérimentation avec l'Éducation nationale, en mettant à disposition un psychologue au sein

d'un lycée. Nous avons désormais vingt-cinq points de contact avancés ou points Station permanents dans les lycées, les centres de formations des apprentis et la maison des Ados. L'équipe se compose de neuf personnes (environ six ETP¹, chef de service inclus) : psychologues, travailleurs sociaux, infirmières. Le médecin du centre de soins peut être consulté sur rendez-vous. Dans les points Station,

la permanence hebdomadaire est tenue par un psychologue qui travaille en complémentarité avec les personnels de l'établissement.

S. A. : Quels jeunes fréquentent la CJC ?

C. T. et N. B. : Nous accueillons pour le moment des jeunes jusqu'à 23 ans, mais cet âge est porté à 25 ans dans le Plan prévention de la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn. En 2014, nous avons choisi 23 ans au regard de nos constats ; à 24-25 ans, nous observions une différence : ces profils avaient davantage d'années de consommation et relevaient plus du soin que de la prévention et de l'intervention précoce. Cela évolue et nous devons sans doute revoir l'âge limite. 40 % sont des filles, un chiffre plus élevé qu'au niveau national, et 35 % sont des mineurs. Mais si nous prenons juste les chiffres des points Station, nous sommes quasiment à parité, avec 49 % de filles. Cet indicateur montre donc le succès et la pertinence de « l'aller-vers », puisque nous atteignons des adolescentes, qu'autrement nous ne verrions pas. Les jeunes filles ont des modes de consommation plus cachés, plus solitaires, ou bien elles ne poussent pas facilement la porte d'une CJC en ville ; il leur est peut-être plus facile d'en parler à l'infirmière scolaire qui va les orienter vers la psychologue du point Station, que de venir dans un lieu spécifique ; contrairement aux garçons qui peuvent décider de s'y rendre grâce à des copains par exemple, ou orientés par la justice. Il est donc très important d'aller au contact, dans les lieux de vie des jeunes, y compris au collège, dans les missions locales, etc., où nous nous efforçons d'année en année de développer notre présence.

S. A. : Comment arrivent-ils jusqu'à vous ?

C. T. et N. B. : 53 % d'entre eux sont orientés vers la CJC par le milieu scolaire – infirmière, conseiller principal d'éducation (CPE), assistante sociale. 15 % des jeunes viennent spontanément et ont connu La Station par le bouche-à-oreille. 15 % des accueils sont la conséquence d'une décision de justice qui contraint le jeune non à une injonction de soins, mais à une orientation sanitaire et sociale avec classement sans suite. Elle consiste en trois rencontres pour évaluation et peut aboutir à un accompagnement de plus long terme si besoin, lorsque le jeune le souhaite. Les autres jeunes nous sont adressés par divers canaux : hôpital, médecin généraliste, foyer de jeunes travailleurs, mission locale, Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), centre communal d'action sociale, etc.

S. A. : Quelles substances consomment-ils ?

C. T. et N. B. : En 2017, les principaux produits consommés par nos usagers demeurent, dans l'ordre : le cannabis (52 %), puis le tabac (19 %) et l'alcool (13 %). Ces trois produits sont en augmentation, mais de manière plus accentuée pour le cannabis : + 6 %. Il est rare que le cannabis soit consommé seul ; il est souvent associé au tabac et également à l'alcool. Parmi les jeunes reçus en 2017, 55 % étaient concernés par des conduites addictives avérées. Si la file active totale de La Station a augmenté de 107 usagers par rapport à 2016, nous avons observé une forte progression de la file active des mineurs, qui est passée de 267 usagers à 354.

Nous constatons une légère évolution des croyances sur les produits. Le tabac est maintenant jugé plus négativement, à cause de ses effets néfastes sur la santé ; contrairement à l'alcool qui

L'ESSENTIEL

► La consultation jeunes consommateurs (CJC) d'Orléans se déplace dans les lycées, les centres de formation des apprentis et la maison des Ados, dans une démarche d'« aller vers » les adolescents en situation d'addiction aux substances psychoactives (cannabis, tabac, alcool), aux jeux et aux écrans.

► Les professionnels constatent une croissance forte des consultations pour les addictions sans substance : les jeux vidéo, les réseaux sociaux, les écrans.

garde une aura positive de convivialité, continuant d'être considéré comme un ingrédient indispensable pour faire la fête. Avec les jeunes, nous sommes là dans une approche de réduction des risques afin d'éviter que les consommations occasionnelles ne deviennent régulières ou que le *binge drinking*² ait des conséquences graves en soirée.

Le cannabis est le mieux perçu des trois ; il est considéré naturel, voire thérapeutique, puisqu'il apporte relaxation et détente. Mais ce qui est le plus frappant, c'est la croissance très forte des consultations pour les addictions sans substance : les jeux vidéo, les réseaux sociaux, les écrans de façon générale. C'est un chiffre qui double tous les ans. Ce sont des profils plus jeunes, qui nous sont adressés par le milieu scolaire et beaucoup par les parents. Ces derniers sont en recherche de conduite éducative par rapport aux écrans, parce qu'ils font partie d'une génération qui n'est pas digitale.

S. A. : Avez-vous une approche globale de santé face à ces jeunes ?

C. T. et N. B. : Nous sommes dans une approche de santé globale, parce qu'elle est la plus efficace pour engager les jeunes et pour qu'ils nous fassent confiance. Nous menons un travail transdisciplinaire afin que les professionnels interagissent pour trouver le meilleur accompagnement. Les entretiens ne se contentent pas d'un focus sur le produit utilisé ou sur le mode de consommation ; il s'agit d'évaluer comment le jeune se sent généralement : comment ça va à l'école ? Quelles sont ses relations familiales et amicales ? Quelles sont ses activités et ses loisirs ? Qu'en est-il de sa sexualité ? Etc. S'il y a des problèmes à l'un ou plusieurs de ces niveaux, la consommation risque de s'aggraver ; et vice versa : si la consommation devient régulière et addictive, elle risque d'entraver la vie personnelle, familiale et scolaire. C'est interactif et pas forcément linéaire. À nous de voir où placer les curseurs. Il faut bien faire la part des choses : toutes les consommations de substances psychoactives ne relèvent pas d'un mal-être ou d'un problème psychique. Les adolescents expérimentent, cela fait partie de leur construction ; grandir n'est pas une maladie. C'est pourquoi nous cherchons à comprendre les facteurs qui les ont

incités à commencer et, surtout, à continuer. Lorsque la consommation devient problématique, on travaille alors sur les déterminants. L'objectif est d'aider les jeunes à retrouver de l'autonomie pour se projeter dans l'avenir.

S. A. : Comment travaillez-vous en milieu scolaire ?

C. T. et N. B. : Les psychologues de la CJC sont des partenaires de l'équipe éducative de ces établissements, à laquelle ils sont tout à fait intégrés ; pour ce faire, ils ont modifié leur pratique et adopté de nouvelles formes d'intervention et de travail en commun, tout en respectant leur déontologie. Le secret professionnel est très important, mais il est intéressant de partager tout ce qui est possible de l'être avec les professionnels qui entourent un jeune en difficulté, voire en danger et ce dans son lieu de vie. C'est au cours du comité de pilotage annuel auquel participent des représentants de l'établissement que nous mettons ces questions à plat et que nous levons les freins qui pourraient empêcher l'accès à la prévention individuelle des élèves. Nous avons maintenant un dispositif solide et une confiance réciproque. Lorsque les personnels changent, les points Station n'ont plus à tout reconstruire avec les nouveaux professionnels, car il s'agit d'un dispositif partagé dans la continuité.

S. A. : Comment ont évolué vos modalités d'intervention ?

C. T. et N. B. : L'accès à la prévention doit désormais être un droit effectif. Nous avons ainsi renforcé ce travail en amont, afin de parvenir à un *continuum* scolaire. C'est la mission du service de prévention adjoint à la CJC, qui intervient dans les établissements pour développer les compétences psychosociales. En maternelle, nous travaillons avec l'outil Tina et Toni. Nous démarrons le programme *Good Behaviour Game*³ pour les élèves du primaire. Et au collège, nous déployons *Unplugged*⁴ à destination des 12-14 ans : ce sont douze séances d'une heure pour développer les habiletés sociales et déconstruire les croyances normatives. L'évaluation de notre méthode de déploiement de ce programme par la commission interministérielle de Prévention des conduites addictives (Cipca) et Santé publique

France montre des résultats positifs sur les expérimentations de tabac, de cannabis et sur les épisodes d'ivresse ; des effets bénéfiques plus importants sont observés pour les élèves situés dans les établissements défavorisés ; ce qui en fait un outil de prévention et de lutte efficace non seulement contre les addictions, mais aussi contre les inégalités sociales de santé.

S. A. : Quelle est la place des parents dans votre approche ?

C. T. et N. B. : L'idée générale est d'associer les parents, tout en préservant un espace réservé aux jeunes et uniquement à eux ; notamment parce qu'il peut y avoir des consommations au sein du cercle familial. Les modalités de leur présence dépendent des situations : dans le cas d'un adolescent de 12 ans accro aux jeux vidéo, l'appui des parents est plus évident que dans le cas d'un jeune de 20 ans qui fume du cannabis. Même si elle recherchée chaque fois que nécessaire, l'association des parents ne peut se faire au détriment des principes forts de la CJC : gratuité, anonymat, confidentialité. Il faut que les jeunes puissent s'y rendre comme au planning familial, sans condition, sans autorisation ou accompagnement d'un adulte. C'est un prérequis essentiel.

S. A. : Quelles sont vos sources de satisfaction ?

C. T. et N. B. : C'est l'efficacité croissante du dispositif, qui est démontrée aujourd'hui par l'adhésion des jeunes. Les premières années, nous recevions de 250 à 300 jeunes par an environ, alors que la file active est de 1 135 jeunes en 2017. C'est aussi l'action accomplie dans les points Station et le nombre de jeunes filles que nous parvenons à atteindre. Notre petite pointe de fierté : avoir innové dès 1999, en créant ce mode d'intervention en étroite partenariat avec les établissements de l'Éducation nationale et de l'apprentissage, dont le principe « d'aller-vers » est maintenant déployé sur tout le territoire. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. ETP : Équivalent temps plein.
2. Beuverie, « biture express ».
3. Le jeu du Bon Comportement.
4. Débranché.

Perturbateurs endocriniens : état des lieux et perspectives en promotion de la santé

Marie Mazzoni,
chargée d'étude scientifique,
unité prévention des risques
infectieux et environnementaux,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Les perturbateurs endocriniens (PE) sont des substances ou mélanges de substances exogènes qui sont susceptibles d'altérer les fonctions du système endocrinien.

La surveillance par Santé publique France [1] d'indicateurs de la santé reproductive liés à l'exposition aux PE a montré une détérioration globale de la santé reproductive chez l'homme depuis les années 1990 (baisse de la qualité du sperme, augmentation de l'incidence du cancer du testicule et de certaines malformations uro-génitales du garçon). Les PE sont également suspectés d'augmenter l'incidence de cancers hormonaux-dépendants (cancer du sein et de la prostate) ainsi que d'autres pathologies (obésité, diabète, troubles thyroïdiens), et d'accroître les troubles neurocomportementaux [2] (dyslexie, retard mental, autisme, trouble du déficit de l'attention). L'exposition aux PE pendant certaines phases critiques de développement – période fœtale, petite enfance, adolescence – pourrait déterminer les effets des PE par la suite.

Ces substances peuvent être d'origine naturelle – hormones et phytoestrogènes des végétaux – ou artificielle – produits créés pour leurs propriétés hormonales, comme la pilule et le distilbène ou pour d'autres utilisations : bisphénol A, polychlorobiphényles (PCB), pesticides, retardateurs de flamme bromés, etc. Certaines (PCB, dioxines) s'accumulent depuis plusieurs décennies dans les milieux – air, eau, sols – ; des expositions – aux solvants, aux pesticides – ont lieu en milieux professionnels ; et de

nombreux produits de consommation courante contiennent des PE : plastiques, aliments et contenants alimentaires, cosmétiques, produits ménagers, peintures, revêtements de sol, produits phytosanitaires et biocides, jouets, vêtements, dispositifs médicaux, etc. Compte tenu de leur omniprésence, la population générale est largement exposée aux perturbateurs endocriniens par l'ensemble des voies d'exposition humaine possibles : ingestion, inhalation, voies cutanée et transplacentaire. Le volet périnatal du programme national de biosurveillance [3] a permis de décrire pour la première fois l'imprégnation des femmes enceintes françaises par certains polluants organiques, dont certains PE.

Incertitudes sur les risques et désaccords sur les enjeux

La caractérisation du risque associé aux perturbateurs endocriniens est difficile chez l'homme :

- si de nombreux mécanismes d'action sont désormais connus, le rôle des PE dans certaines pathologies humaines multifactorielles reste à élucider ;
- l'évaluation des risques produit par produit, imposée par la réglementation, se heurte au grand nombre de substances à tester ;
- la preuve épidémiologique est remise en cause du fait du manque de recul : il faut s'en remettre à des observations animales, indicateurs sentinelles des effets sur l'espèce humaine ;
- de plus, les PE remettent en cause des principes de la toxicologie classique :
 - des substances n'entraînant pas individuellement de perturbations endocriniennes mesurables présentent un effet significatif une fois mélangées [4] : effets cocktails ;

- les PE ont des effets délétères sur un organisme exposé et également chez ses descendants non exposés [5] : effets inter- et transgénérationnels ;
- des relations dose-réponse non monotones¹ sont possibles dans le domaine des faibles doses [6].

Les risques associés aux perturbateurs endocriniens font débat au sein de la communauté scientifique. Certains toxicologues soutiennent que ces nouveaux effets décrits dans la littérature scientifique relèvent d'une minorité de substances, tandis que d'autres endocrinologues prédisent un impact futur d'ampleur encore insoupçonnée. Toutefois, conscients que la complexité de leurs débats constituait un frein à la décision politique au niveau européen, des scientifiques de multiples pays et disciplines ont publié une déclaration de consensus en 2016, expliquant que ce désaccord n'empêche en rien la nécessité de fixer des critères d'identification des PE [7].

Agir par précaution

Le sujet des perturbateurs endocriniens, qui a initialement émergé de la sphère scientifique et écologiste américaine dans les années 1990², s'est développé en France de 1996 à 2007 notamment via le Programme national de recherche sur les perturbateurs endocriniens, en 2005 [8]. Depuis la fin de la décennie 2000, la société civile s'est emparée du sujet.

En 2011, l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques a recommandé d'appliquer le principe de précaution par la mise en place d'actions limitant l'exposition de la population [9]. La Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) de 2014 a fait de la France le premier

L'ESSENTIEL

► **Compte-tenu des connaissances actuelles sur l'impact des perturbateurs humains sur la santé humaine, une approche prudente passant par la promotion d'environnements favorables à la santé et l'accès des individus à une information dont ils puissent se saisir pour faire leurs propres choix est à soutenir.**



© reiskit004 - Pratyay

pays et le seul à se doter d'une stratégie spécifique sur les PE, se positionnant ainsi en leader, avec la Suède et le Danemark, dans une Europe qui peinait à adopter une définition des PE pourtant nécessaire à la réglementation. En décembre 2017, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et d'autres inspections publiques ont évalué la stratégie et proposé des évolutions [10] ; la nouvelle SNPE est attendue fin 2018.

Les perturbateurs endocriniens au regard de la promotion de la santé

Deux catégories d'actions visent à réduire l'exposition de la population.

Miser sur la promotion d'environnements favorables à la santé en limitant la présence de perturbateurs endocriniens dans l'environnement peut être considéré comme prioritaire : cela permettrait de prévenir l'exposition collective de la population, sans accroître les inégalités sociales de santé.

Dans cette perspective, il convient de retirer du marché ou d'empêcher la mise sur le marché de certaines substances. Par exemple, le bisphénol A, identifié comme toxique pour la reproduction, a été interdit en France dans les biberons en juin 2011, puis dans les contenants alimentaires et dans les tickets de caisse ; son interdiction dans le papier thermique au niveau européen entrera en vigueur en 2020. Ces interdictions dépendent cependant de l'identification des substances PE et de substituants, et du choix politique de s'en tenir aux perturbateurs endocriniens avérés ou d'élargir les interdictions ou les restrictions d'usage aux PE suspectés, ce qui ne peut se faire qu'à l'échelle européenne.

À une autre échelle, les décideurs peuvent améliorer l'environnement de la population par des choix de commande publique. Ainsi, certaines communes décident de limiter l'usage de produits contenant des perturbateurs endocriniens dans les espaces publics : pesticides dans les espaces verts, produits ménagers ; crèches, hôpitaux, maternités « sans PE » ; cantines scolaires bio et sans plastique, etc. Des associations sensibilisent les élus locaux – charte des villes sans PE du Réseau environnement santé – et organisent des colloques pour partager les actions réalisées.

En ce qui concerne l'environnement particulier du monde du travail, où l'exposition peut atteindre des niveaux bien plus importants que dans l'environnement en général, il n'existe pas de cadre réglementaire spécifique aux perturbateurs endocriniens. Des dispositions spécifiques sont prévues pour les femmes enceintes et allaitantes, qui ne peuvent pas être affectées ou maintenues à des postes de travail les exposant à des produits reprotoxiques⁵ ; elles sont cependant difficilement applicables. En outre, les employeurs devraient être incités à privilégier la mise en place de mesures de protection collective : ventilation, système clos, etc. et il convient de rappeler que le rôle du médecin du travail est essentiel pour former et informer les salariés, en particulier les femmes en âge de procréer, en rappelant notamment l'importance des mesures de prévention.

Il est également nécessaire de *mobiliser la population et de développer les compétences individuelles* pour que chacun accède à une information accessible dont il puisse se saisir pour faire ses propres choix. De multiples actions

ont déjà vu le jour, portées par des acteurs divers : associations, agences sanitaires, ministères et agences régionales de santé (ARS), professionnels de santé, mutuelles, industriels, etc. Voici quelques exemples :

- des actions d'information à destination des usagers : sites et documents d'information sur les perturbateurs endocriniens (Institut national de recherche et de sécurité – INRS, Réseau environnement santé, Union des industries chimiques, agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine...), à destination du grand public ou de populations ciblées, car particulièrement à risque : les femmes enceintes, les jeunes (Génération cobayes), certaines professions (coiffeurs, laborantins, etc.) ;
- des initiatives ont également émergé pour aider le consommateur à faire ses choix : un e-shop anti-PE, La Réjouissance ; une application mobile permettant de scanner les produits et d'être informé sur la dangerosité du produit au vu des connaissances actuelles, et sur les produits alternatifs (QuelCosmetic, de l'UFC Que Choisir ; le projet européen LIFE AskREACH) ; des labels bio, sans PCB, etc. Si la mise en place d'un étiquetage spécifique a pu être évoquée, on peut cependant émettre des réserves, notamment, dans le contexte de concurrence internationale, par rapport à l'articulation avec les dispositifs existants au niveau européen, comme les directives concernant les jouets ou les cosmétiques. En effet, l'essentiel des réglementations qui encadrent les produits chimiques est établi au niveau européen [11] ;
- des actions de formations à destination du grand public : les ateliers *Nesting de Women in Europe for a Common Future (WECF)* pour informer et créer

un espace d'échange pour les parents et futurs parents sur l'environnement du nouveau-né ; des ateliers de fabrication de nettoyeurs sans PE ; une chambre pédagogique dans le centre hospitalier d'Angoulême ;

- des actions de formations à destination des professionnels de santé : des ateliers à destination des professionnels et futurs professionnels de la périnatalité – projet Femmes enceintes, environnement et santé (FEES) – ; la création d'un certificat d'études universitaires en périnatalité et santé environnementale à la faculté de médecine Aix-Marseille ;

- l'adaptation de l'offre de soins : centre Artemis au sein du CHU de Bordeaux (prise en charge individuelle de personnes présentant des troubles de la reproduction afin de rechercher d'éventuels facteurs de risque environnementaux et dans l'objectif de leur proposer des mesures de prévention ciblées pour réduire leur exposition) ; service parisien de santé environnementale (consultations de santé environnementale dans les hôpitaux et modules d'éducation thérapeutique des patients en

santé environnementale). Dans cette même logique, on pourrait également imaginer des visites à domicile pour identifier et éliminer l'exposition, comme les conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) le font déjà pour d'autres sujets de santé environnementale.

Toutefois, les actions visant la modification des comportements individuels ou familiaux ne mobilisent pas toute la population de la même manière. Par exemple, manger bio est une pratique plus adoptée par les classes socio-économiques supérieures [12]. La prévention de l'exposition de la population aux perturbateurs endocriniens doit donc passer plus globalement par des programmes d'éducation à la santé afin de fournir à tous les individus les capacités nécessaires pour faire leurs choix en matière de santé. Il a ainsi été démontré que la perception du risque par les femmes enceintes est un facteur-clé du comportement face à l'exposition aux PE [13].

Par ailleurs, si les professionnels de santé sont des appuis importants pour relayer l'information, il convient également de sensibiliser d'autres acteurs-clés

et de répondre à leurs besoins de formation : journalistes, enseignants, chefs d'entreprise, acheteurs publics, ingénieurs, agronomes, etc.

Enfin, les perturbateurs endocriniens constituent un sujet parmi d'autres (autres familles de produits chimiques, santé environnementale, santé publique, etc.). C'est pourquoi l'approche populationnelle peut s'avérer plus opportune que celle par produit. Il semble donc préférable de privilégier une approche positive et non anxiogène des femmes enceintes, des hommes, des adolescents, etc., mettant en avant des actions réalisables par les individus et si possible prévenant d'autres risques pour la santé. ■

1. Corrélation non linéaire entre le niveau de contamination et les conséquences possibles sur la santé. (NDLR)

2. Conférence de Wingspread, 1991.

3. Produit dont la toxicité peut altérer les capacités reproductrices.

Remerciements : L'auteure remercie pour leur précieuse relecture Pascal Beauveau, Maud Gorza et Joëlle Le Moal (Santé publique France).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Santé reproductive et perturbateurs endocriniens. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3 juillet 2018, n°s 22-23 : p. 449-492. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/22-23/pdf/2018_22-23.pdf

[2] Demeneix B. *Cocktail Toxique. Comment les perturbateurs endocriniens empoisonnent notre cerveau*. Paris : Odile Jacob, 2017 : 320 p.

[3] *Imprégnation des femmes enceintes par les polluants de l'environnement en France en 2011. Volet périnatal du Programme national de biosurveillance. Tome 3 : synthèse et conclusions*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 58 p. En ligne : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=11033

[4] Delfosse V., Dendele B., Huet T., Grimaldi M., Boulahtouf A., Gerbal-Chaloin S. *et al.* Synergistic activation of human pregnane X receptor by binary cocktails of pharmaceutical and environmental compounds. *Nature Communications*, 2015, vol. 6, n° 1. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569708/pdf/ncomms9089.pdf>

[5] Chamorro-Garcia R., Diaz-Castillo C., Shoucri B.M., Käch H., Leavitt R., Shioda T. *et al.* Ancestral perinatal obesogen exposure results in a transgenerational thrifty phenotype in mice. *Nature Communications*, 2017, vol. 8, n° 2012. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5722856/pdf/41467_2017_Article_1944.pdf

[6] Beausoleil C., Beronius A., Bodin L., Bokkers B.G.H., Boon P.E., Burger M. *et al.* *Review of Non-Monotonic Dose-Responses of Substances for Human Risk Assessment*. European Food Safety Authority (Efsa) supporting publication, 3 mai 2016 : 290 p.

[7] Solecki R., Kortenkamp A., Bergman Å., Chahoud I., Degens G., Dietrich D. *et al.* Scientific principles for the identification of endocrine-disrupting chemicals : a consensus statement. *Archives of Toxicology*, février 2017, vol. 91, n° 2 : p. 1001-1006. En ligne : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00204-016-1866-9.pdf>

[8] Jas N., Gaudillière J.-P. Les perturbateurs endocriniens en France, une autre trajectoire. *Sciences sociales et santé*, 2016, vol. 34, n° 3 : p. 19-46.

[9] Barbier G. *Perturbateurs endocriniens, le temps de la précaution*. [Rapport n° 765]. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technolo-

giques, 12 juillet 2011 : 131 p. En ligne : <https://www.senat.fr/rap/r10-765/r10-7651.pdf>

[10] Lavarde P., Bartoli F., Lesteven P., Moquay V., Vedeau F. *La Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE). Évaluation de la mise en œuvre et propositions d'évolution*. [Rapport IGAS n° 2017-117], CGEDD – IGAS – CGAAER, décembre 2017 : 142 p. En ligne : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-117R.pdf>

[11] INRS (2018) *Perturbateurs endocriniens, décryptage...* INRS, Edition INRS.

[12] Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail (Anses). *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Avis de l'Anses*. [Rapport d'expertise collective]. Maisons-Alfort : Anses Éditions, juin 2017 : 566 p. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>

[13] Rouillon S., Deshayes-Morgand C., Enjalbert L., Rabouan S., Hardouin J.-B. Group DisProSE *et al.* Endocrine disruptors and pregnancy: knowledge, attitudes and prevention behaviors of French women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, septembre 2017, vol. 14, n° 9 : 16 p. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615558/pdf/ijerph-14-01021.pdf>

Hauts de France : Les professionnels de santé formés à la prévention de l'exposition périnatale aux polluants environnementaux

Mélie Rousseau,

sage-femme chargée de projets, coordinatrice du projet FEES national Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA)

Marie-Amélie Cuny,

chargée de mission prospective et développement, Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA)

Assia Lahouaichri,

chargée de projets, psychologue de la prévention Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA)

Camille Geay,

chargée de prévention promotion de la santé, Coordinatrice du projet FEES Mutualité Française Hauts-de-France

En 2011, en Nord – Pas-de-Calais, l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (Appa) et la Mutualité française ont créé le projet Femmes enceintes environnement et santé – Fees, avec le soutien de l'agence régionale de santé (ARS) et du conseil régional, pour réduire l'exposition des femmes enceintes et des nourrissons aux polluants environnementaux. Après une étape de recueil des besoins par entretiens et groupes d'expression dirigés (*focus-groups*), une formation d'une journée et demie a été proposée aux professionnels de la périnatalité (sages-femmes, puéricultrices, médecins...) en partenariat avec les réseaux de périnatalité de la région¹. Son contenu : les impacts sanitaires de l'environnement et les conseils de prévention à relayer aux parents et aux futurs parents.

Des outils de prévention et de communication ont été créés (site Internet, fiches-conseils, kits pédagogiques...). Une demi-journée de présentation de ces outils et de mises en situation complète la formation pour faciliter la transmission des bonnes pratiques environnementales et la mise en place d'actions locales par les professionnels formés.

À la mi-2018, 600 professionnels ont ainsi été formés en Hauts-de-France.

En parallèle, cette thématique a été progressivement proposée en formation initiale, grâce notamment à des partenariats avec les écoles de sages-femmes de la région et avec les facultés de médecine et de pharmacie de Lille.

Depuis 2011, outre les financeurs, une vingtaine de partenaires ont été progressivement associés au projet : réseaux de périnatalité, Conseil national de l'ordre des sages-femmes, facultés de médecine et de pharmacie, écoles de sages-femmes, école de puéricultrices, conseils départementaux, union régionale des professions de santé des pharmaciens (URPS) des Hauts-de-France, Santé publique France, etc.

L'évaluation du dispositif

De 2015 à 2017, une évaluation du projet a été réalisée en Hauts-de-France par l'Appa et la Mutualité française des Hauts-de-France, avec le soutien financier de l'Institut national du cancer (Inca) et l'ARS. Cette étude comprend trois volets principaux : une première enquête auprès de 55 professionnels de santé formés dans le cadre du projet, une deuxième enquête auprès de 509 futurs parents et jeunes parents rencontrés dans les salles d'attente d'établissements

de santé de la région, et une dernière auprès de 46 personnes ayant participé à des ateliers de sensibilisation (voir encadré ci-après, page 48).

L'appropriation de la formation

L'enquête a été réalisée auprès de 55 professionnels de santé formés, principalement des sages-femmes, sous forme d'entretiens semi-directifs ou de questionnaires en ligne. L'objectif : évaluer les impacts de la formation, en termes d'apports de connaissances et de relais des conseils aux patientes. Interrogés sur leurs connaissances plusieurs mois après la formation, 98 % des professionnels ont été en mesure de citer trois conseils de prévention permettant de réduire l'exposition aux polluants environnementaux. Ils ont attribué une note moyenne supérieure à trois sur quatre pour l'utilité de la formation dans leur pratique et la quasi-totalité précise transmettre davantage de conseils qu'auparavant.

Des stratégies de prévention

Les moments les plus utilisés pour transmettre ces conseils sont dans l'ordre :

- les cours de préparation à la naissance,
- l'hospitalisation après l'accouchement,
- les consultations prénatales,
- les consultations postnatales à domicile.

Les freins rencontrés relèvent essentiellement de l'environnement professionnel : manque de temps, freins imputables à l'infrastructure ou aux habitudes de service, discours contradictoires... Certaines sages-femmes ont également ressenti des difficultés

pour communiquer avec des familles en situation socio-économique défavorable, pour des raisons financières et également du fait de l'existence d'autres problématiques jugées prioritaires par les professionnels. Cependant, ces derniers ont développé des stratégies pour contourner ces freins, insister sur l'aération du logement par exemple ou sur des conseils applicables à budget très réduit.

D'autres leviers ont été identifiés dans la transmission des conseils tels que la valorisation de la formation, le soutien des collègues, le statut même de sage-femme, ou encore les questionnements suscités chez les patientes par les médias.

les parfums d'ambiance, l'alimentation « fait maison », l'aménagement de la chambre de bébé et l'éviction des pesticides ont été appliqués à plus de 90 % par les répondants.

Les différents volets de l'évaluation mettent en évidence un besoin important d'informations de la part des futurs parents et des jeunes parents sur leur environnement intérieur et sur leurs pratiques quotidiennes. Si leurs habitudes semblent satisfaisantes dans l'ensemble, le public des 18-25 ans a été identifié comme ayant des pratiques moins favorables.

Un terrain favorable aux changements de comportements

Le terrain semble propice aux changements de pratiques en santé environnementale chez les futurs parents et les jeunes parents. Les futures mères et les jeunes mères s'informent essentiellement grâce aux médias, mais cela ne semble pas suffisant pour conduire à un changement de comportement. Dans ce contexte, les informations et les conseils apportés et validés par les professionnels de santé apparaissent indispensables. L'évaluation confirme ainsi la place privilégiée du professionnel de santé pour améliorer la prévention auprès de ce public. En outre, le professionnel peut développer des stratégies intéressantes en termes de promotion de la santé. Malgré ces

résultats positifs, des limites persistent et l'évaluation a identifié des disparités dans le niveau de transmission des conseils et des informations.

Hiérarchiser les conseils et cibler les publics

L'évaluation a ainsi permis de valider la méthodologie du projet et d'améliorer les formations et les ateliers : les formateurs insistent davantage sur la hiérarchisation des conseils et sur les publics à cibler prioritairement. Une revue de la littérature sur les actions auprès des populations vulnérables a été initiée et un mémoire sur les représentations des 18-24 ans a été dirigé. Pour améliorer l'harmonisation des conseils entre les différentes professions, de nouveaux partenariats ont également été créés.

Ces ajustements ont pour objectif commun de réduire les inégalités sociales de santé, comme l'ambitionne ce dispositif.

Les réflexions issues de cette évaluation ont également guidé celles associées au déploiement national du projet, qui se fonde sur la méthodologie et l'expérience des Hauts-de-France, tout en s'adaptant aux spécificités territoriales. ■

1. Réseau périnatalité Hainaut, Réseau Organisation mamans bébés de la région lilloise (Ombrel), Réseau périnatal de l'Audomarois et du littoral autour de la naissance et de l'enfant (Pauline), réseau Naître dans le Douaisis, réseau Bien Naître en Artois.

L'ESSENTIEL

► En région Hauts-de-France, l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (Appa) et l'union régionale de la Mutualité française de santé – dont une majorité de sages-femmes – à la réduction de l'exposition des femmes enceintes et des nourrissons aux polluants environnementaux. Résultats de l'évaluation de ce dispositif.

L'évaluation a permis d'identifier le fait que les professionnels ont mis en place des stratégies de prévention qui se révèlent être en accord avec les valeurs de promotion de la santé : approche positive et non anxiogène, prise en compte des représentations des patientes... En outre, en transmettant ces conseils, les professionnels se sont approprié cette thématique : 85 % d'entre eux ont modifié leurs habitudes de vie personnelles, considérant cette appropriation comme une étape indispensable avant toute transmission. Une sage-femme sur trois a modifié ses pratiques professionnelles (aération, produits d'entretien...) et plus de 80 % ont échangé avec leurs collègues au sujet de la formation.

Impact de l'information transmise

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 509 futurs parents ou jeunes parents dans 9 hôpitaux, 17 centres de protection maternelle et infantile (PMI) et 4 cabinets libéraux des départements du Nord et du Pas-de-Calais. L'observatoire régional de la santé (ORS) Nord – Pas-de-Calais en a assuré le traitement statistique. Si l'on ne peut détailler ici l'ensemble des résultats, le constat est fait que les futurs parents et les jeunes parents semblent suivre les conseils transmis par les professionnels de santé. Les conseils concernant les produits cosmétiques,

DES ATELIERS POUR SENSIBILISER LES PARENTS AUX PERTURBATEURS ENDOCRINIENS

Parallèlement à la formation des professionnels (voir article ci-contre), des ateliers de sensibilisation – intitulés Maman, Bébé, Environnement et Santé – sont proposés dans le cadre du projet Fees : 300 futurs parents et jeunes parents ont été sensibilisés grâce à ces ateliers. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 46 futurs parents et jeunes parents y ayant participé plusieurs mois auparavant. Leurs représentations sur le lien entre environnement et santé sont principalement orientées vers la qualité de l'air intérieur. 56 % d'entre eux se sentent bien informés en santé environnementale et près de 80 % se sentent en capacité d'agir pour limiter leur exposition aux polluants. Des changements de

comportements ont eu lieu entre leur participation à l'atelier et leur retour à la vie quotidienne, en particulier concernant le non-usage des lingettes, l'aération systématique ou le choix des ustensiles de cuisson. La quasi-totalité des participants a considéré l'atelier comme un vecteur de conseils pratiques et accessibles et y a trouvé des réponses ; moins de 5 % l'ont trouvé « stressant ». Les freins évoqués quant à l'application des conseils sont : le manque de temps, l'environnement extérieur (entourage), la difficulté de hiérarchiser la quantité d'informations reçues. La première attente des parents est la préoccupation pour le bon déroulement de la grossesse et la santé du bébé.



A la une :

L'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) met à disposition du grand public de nouveaux outils autour de la santé environnementale et du développement durable :

- « Un enjeu planétaire : l'alimentation durable », une exposition sur les enjeux de l'alimentation durable au niveau mondial. Elle se compose de quatre panneaux, de fiches pédagogiques sur les messages-clés et de documents de soutien pour une animation en classe ;
- « La pollution de l'air en 10 questions », livret d'information sur la pollution atmosphérique, ses conséquences sur la santé et sur l'environnement, sur les possibilités de protection ;
- « Le changement climatique en 10 questions », guide d'aide à la compréhension des phénomènes climatiques.

Laetitia Haroutunian

Les outils de l'Ademe sont disponibles gratuitement sur leur site : <https://www.ademe.fr/mediatheque>

Autres lectures

Rubrique préparée par Laetitia Haroutunian et Sandie Boya

Handicaps et développement psychologique de l'enfant

Cet ouvrage présente une synthèse des travaux scientifiques autour du développement psychologique de l'enfant en situation de handicap, et de ses principaux mécanismes. Il est destiné à des étudiants en psychologie, des écoles supérieures du professorat et de l'éducation (Espé), à des éducateurs spécialisés ou à des professionnels de l'enfance.

Michèle Guidetti, Catherine Tourrette. *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris : Dunod, coll. *Psycho Sup*, 2018 : 272 p., 23,40 €.

Le Grand Dictionnaire de la petite enfance

Les éditions Dunod publient un ouvrage collectif autour de la petite enfance, abordant les questions liées au développement physiologique et affectif de l'enfant, et également celles liées à l'organisation institutionnelle des services dédiés à la périnatalité en France.

Caroline Morel (dir.). *Le Grand Dictionnaire de la petite enfance*. Paris : Dunod, 2018 : 512 p., 32 €.

Prévention : quels enjeux de Santé publique ! Analyse de politiques publiques

Jean-Luc Mathieu, magistrat à la Cour des comptes, livre ici une analyse sur l'organisation institutionnelle de la santé publique en France. Il retrace un panorama de l'action publique en matière de prévention santé, en abordant entre autres notions celles de la veille sanitaire, de la prévention en milieu scolaire, de la vaccination, du dépistage, des déserts médicaux, des conditions de travail, de l'éducation à la santé.

Mathieu J-L. *Prévention : quels enjeux de Santé publique ! Analyse de politiques publiques*. Paris : L'Harmattan, 2018 : 212 p., 21,50 €.

Prévention et promotion de la santé : une responsabilité collective

Le numéro du mois de juin 2018 de la revue *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)* est consacré à la prévention et à la promotion de la santé. Après une partie méthodologique, le dossier est présenté selon deux angles fondateurs pour la promotion de la santé : la création d'environnements favorables à la santé et le développement des compétences individuelles.

Prévention et promotion de la santé : une responsabilité collective. ADSP, juin 2018, n° 103 : 63 p., 18,30 €.

Notre air est-il respirable ? Le vrai du faux sur la pollution intérieure et extérieure

Cet ouvrage aborde les causes et les conséquences de la pollution intérieure et extérieure sur la santé, et propose des conseils pratiques pour limiter son exposition.

Lise Loumé, Francelyne Marano. *Notre air est-il respirable ? Le vrai du faux sur la pollution intérieure et extérieure*. Versailles : Quae, 2018 : 168 p., 19 €.

Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse

Réalisé sous l'égide de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, ce rapport présente les conclusions de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse. Il souligne les inégalités sociales fortes, marquées dès la petite enfance, et l'échec des politiques publiques pour y remédier. Les auteurs préconisent : la promotion de la santé dès le plus jeune âge ; l'approche par déterminants plutôt que par pathologies ; le décloisonnement des acteurs de la santé publique.

Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse*. Paris : Assemblée nationale, 12 septembre 2018 : 183 p. En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i1234.pdf>

Ma santé 2022 : un engagement collectif

Le ministère des Solidarités et de la Santé a rendu public, le 18 septembre 2018, la stratégie de transformation du système de santé autour de trois axes : le renforcement de la place du patient dans le système de santé ; l'articulation entre médecine de ville, secteur médico-social et environnement hospitalier ; la formation des professionnels de santé.

Ministère des Solidarités et de la Santé. *Ma santé 2022 : un engagement collectif*. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2018. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

Histoires de vie et travail social : intervention, formation et recherche

Cet ouvrage s'adresse aux intervenants sociaux, formateurs, étudiants, chercheurs intéressés par la démarche de l'histoire de vie. Il retrace la genèse de cette approche, qui fête en 2018 ses cent ans, et renseigne sur les pratiques d'intervention sociale, de recherche et de formation associées à ce champ d'étude.

Corinne Chaput-Le-Bars, Brigitte Bouquet (préf.). *Histoires de vie et travail social : intervention, formation et recherche*. Rennes : Presses de l'EHESP, coll. *Politiques et interventions sociales*, 2017 : 224 p., 23 €.

Alimentation et Alzheimer : s'adapter au quotidien. Guide pratique à l'usage des aidants

Cette 2^{ème} édition du guide *Alimentation et Alzheimer* fournit aux aidants familiaux ou professionnels des observations, analyses, conseils, sur les apports alimentaires nécessaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, dans un souci de bien-être et de préservation du plaisir de manger.

Caroline Rio, Hélène Lejeune, Céline Jeannier, Martine Noah. *Alimentation & Alzheimer : s'adapter au quotidien. Guide pratique à l'usage des aidants à domicile et en institution*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018 : 159 pages, 27 €.



CHEZ MOI



SANS ÊTRE JUGÉ



ACCOMPAGNÉ



REMBOURSÉ

Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie



AUTOTEST



TEST RAPIDE



TEST AU CeGIDD*



TEST EN LABO

Parlez-en à votre **médecin traitant** ou sur **sida-info-service.org**

Appel confidentiel, anonyme & gratuit depuis un poste fixe au **0 800 840 800**



*Centre Gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des IST