

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Tabac

État de la
consommation
et accompagnement
au sevrage

International

La Pologne à l'heure
des écoles promotrices
de santé

Dossier
**Développer
les compétences
psychosociales
chez les enfants
et les jeunes**



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

LA SANTÉ EN ACTION

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

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

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

Une revue de référence et un outil documentaire pour

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

Rédigée par des professionnels

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

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

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

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

The screenshot shows the homepage of the Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). At the top, there is a navigation menu with links for ACCUEIL, L'INPES, ACTUALITÉS, ESPACES THÉMATIQUES, ENQUÊTES ET ÉVALUATION, NOS PUBLICATIONS, ESPACES PROFESSIONNELLS, and PRESSE. Below the menu, there is a large banner for 'PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LIMITER LA SÉDENTARITÉ CHEZ LES JEUNES'. To the right, there is a sidebar with sections for 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION', 'LE BILAN DE L'INPES', and 'CONTENUS ACCESSIBLES'. At the bottom, there is a 'NOS PUBLICATIONS' section with a search bar and filters for 'Thème', 'Populations', 'Supports', and 'Publics'. A red box highlights the 'SANTÉ EN ACTION' logo and the text 'Le magazine trimestriel d'information et de réflexion en éducation pour la santé'.

est éditée par :

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

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

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

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

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

COMITÉ DE RÉDACTION

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

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Photographies/illustrations : **Nicolas Grebil,
Amélie Benoist, Gilles Lougassi**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2015
Tirage : 14 000 exemplaires

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

Éditorial

4 _ Hommage à Cabu et aux victimes des attentats de janvier 2015

François Bourdillon

Enquête

5 _ La consommation de tabac en France : principaux résultats du Baromètre santé 2014

Romain Guignard, François Beck, Jean-Baptiste Richard, Jean-Louis Wilquin, Viêt Nguyen-Thanh

8 _ L'accompagnement par des professionnels formés accroît la réussite du sevrage tabagique

Entretien avec Nadia Lahlou

Dossier

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

Coordination : Béatrice Lamboy, Jacques Fortin, Jean-Christophe Azorin et Mabrouk Nekaa

Santé à l'école

41 _ Promotion de la santé du personnel d'écoles : expériences polonaises

Magdalena Woynarowska-Soldan

Étude

44 _ Souffrance psychologique et comportements à risque

Entretien avec Serge Paugam



Illustration: Nicolas Ghebill

Introduction

10 _ Béatrice Lamboy, Jacques Fortin, Jean-Christophe Azorin et Mabrouk Nekaa

Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances

12 _ Élisabeth Luis, Béatrice Lamboy

Comment réussir un projet mobilisant les compétences psychosociales

17 _ Jacques Fortin

Former les enseignants aux compétences psychosociales

20 _ France Arboix-Calas

En Pays de la Loire, un « cartable des compétences psychosociales » pour les professionnels

22 _ Marie-Odile Williamson

Programme Prodas à Marseille : « Créer un contexte favorable à des relations plus positives »

24 _ Entretien avec Aurélie Tardy

L'éducateur en promotion de la santé, un tuteur de résilience ?

26 _ Corinne Roehrig

Un cadre de référence pour développer les compétences psychosociales à l'École

28 _ Sandrine Broussouloux, Yves Léal, Dominique Berger

En Rhône-Alpes, une recherche-intervention pour former les professionnels

32 _ Carine Simar, Mabrouk Nekaa, Damien Tessier, Dominique Berger

Les compétences psychosociales sur le terrain de l'École

35 _ Jean-Christophe Azorin

Communauté de communes du Clermontois : les vertus de la médiation scolaire

36 _ Jean-Claude Lacroix, Claude Valéro, Richard Fernandez, Pascale Anterrieu

Pour en savoir plus

38 _ Sandra Kerzanet, Céline Deroche

Cinésanté

46 _ Les Combattants, deux regards contrastés sur la vie

Michel Condé

Lectures

50 _ Olivier Delmer, Céline Deroche, Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet

Index 2014

Encart central

Hommage à Cabu et aux victimes des attentats de janvier 2015

Éditorial

En 2000 (n° 348, juillet-août), *La Santé de l'homme*¹ publiait en Une ce dessin de Cabu pour illustrer un dossier intitulé « Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ? »². Avec beaucoup de simplicité et de générosité, Cabu avait accepté de réaliser une dizaine de dessins qui sont venus ponctuer avec force et humour les différents articles. Cette collaboration a toujours été un motif de fierté pour notre revue et pour notre Institut. Détail cruel : l'éditorial rédigé par Alain Douiller s'intitulait « *Peut-on rire de tout ?* ». Aujourd'hui, il nous renvoie à la brutale réalité des événements de janvier 2015 en France, qui se répètent de façon terriblement inquiétante en Europe.

Quelques années plutôt, Cabu avait également accepté d'illustrer les affiches de la campagne de prévention du Comité français d'éducation pour la santé dont le slogan est resté célèbre : « Un verre, ça va... trois verres, bonjour les dégâts ! ». Par l'évocation de cette collaboration, l'Inpes et sa revue *La Santé en action* souhaitent exprimer leur douleur et leur colère face aux assassinats de Cabu et de seize autres personnes (*encadré*), lors des attentats de janvier 2015.

Nous pensons aussi à leurs familles, aux personnes blessées lors de ces attentats, et à toutes les personnes en France, en Europe et dans le monde, victimes de fanatismes idéologiques ou religieux. Et nous réaffirmons l'importance inaliénable, pour notre République, de la liberté d'opinion et de la liberté d'expression, valeurs essentielles parmi celles fondatrices de la promotion de la santé.

François Bourdillon,
directeur général de l'Inpes.

Cabu, Charb, Honoré, Tignous, Wolinski, Elsa Cayat, Bernard Maris, Franck Brinsolaro, Mustapha Ourrad, Michel Renaud, Frédéric Boisseau, Ahmed Merabet, Clarissa Jean-Philippe, Yohan Cohen, Yoav Hattab, Philippe Braham et François-Michel Saada.



1. Devenue en 2013 *La Santé en action*.

2. Les textes de ce dossier sont accessibles en ligne à partir du site Internet de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

La consommation de tabac en France : principaux résultats du Baromètre santé 2014

Romain Guignard,

chargé d'études et de recherche, Inpes,

François Beck,

directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies,

Jean-Baptiste Richard,

chargé d'études et de recherche, Inpes,

Jean-Louis Wilquin,

chargé d'études et de recherche, Inpes,

Viêt Nguyen-Thanh,

chef de département Habitudes de vie, Inpes.

Le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT), annoncé par la ministre de la Santé en septembre 2014, vise notamment à éviter l'entrée dans le tabagisme, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac [1]. Les politiques de hausse de prix du tabac sont la mesure la plus efficace, d'après la littérature, pour diminuer la prévalence tabagique. Après de très fortes hausses entre 2002 et 2004 avec un passage de 3,60 euros à 5 euros du paquet de 20 cigarettes le plus vendu, le prix de ce dernier atteint désormais 7 euros, suite à plusieurs augmentations de l'ordre de 5 à 6 % qui ont été étalées dans le temps. Par ailleurs, des campagnes de prévention sont réalisées annuellement par l'Inpes visant notamment l'arrêt du tabac ou promouvant le recours à l'aide à distance.

Depuis 1992, l'Inpes mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées Baromètres santé, qui abordent les

différents comportements et attitudes de santé des Français [2-4]. Après une hausse de la prévalence tabagique entre 2005 et 2010, notamment chez les femmes [5], l'enquête de 2014 permet de faire le point sur les évolutions récentes.

Évolution de la prévalence tabagique parmi les 15-75 ans

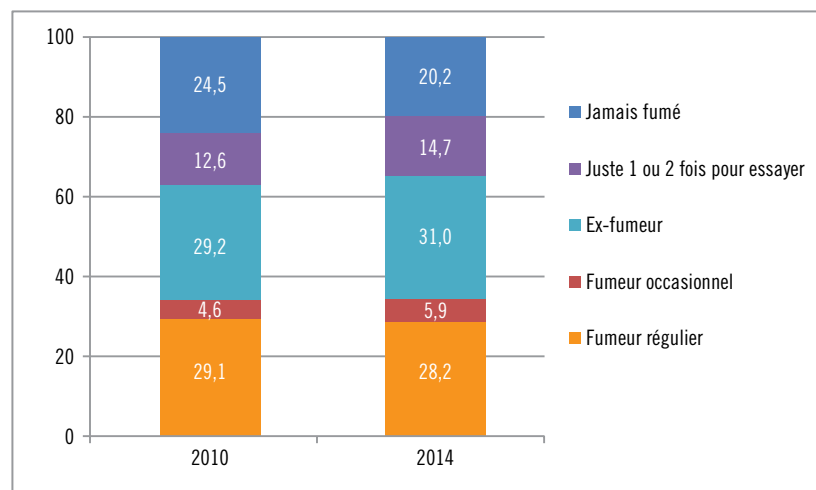
En 2014, près de quatre individus sur cinq (79,8 %) parmi les 15-75 ans déclarent avoir expérimenté le tabac : 34,1 % sont des fumeurs (parmi lesquels 28,2 % sont des fumeurs réguliers) et 31,0 % sont des ex-fumeurs.

Après la hausse observée entre 2005 et 2010, les données montrent une stabilisation de la prévalence du tabagisme : 34 % en 2014 comme en 2010. Toutefois, ce chiffre global recouvre des disparités : la prévalence du tabagisme régulier (ou quotidien) a légèrement baissé, passant de 29,1 % en 2010 à 28,2 % en 2014,

tandis que la prévalence du tabagisme occasionnel a légèrement augmenté, passant de 4,6 % en 2010 à 5,9 % en 2014. La proportion d'ex-fumeurs est en augmentation par rapport à 2010 (de 29,2 % à 31,0 %), tandis que la part d'individus n'ayant jamais fumé est en baisse sur cette période (Figure 1). L'analyse par sexe montre une stabilité de la prévalence du tabagisme régulier chez les hommes (32,3 % en 2014) et une baisse chez les femmes (de 26,0 % à 24,3 %).

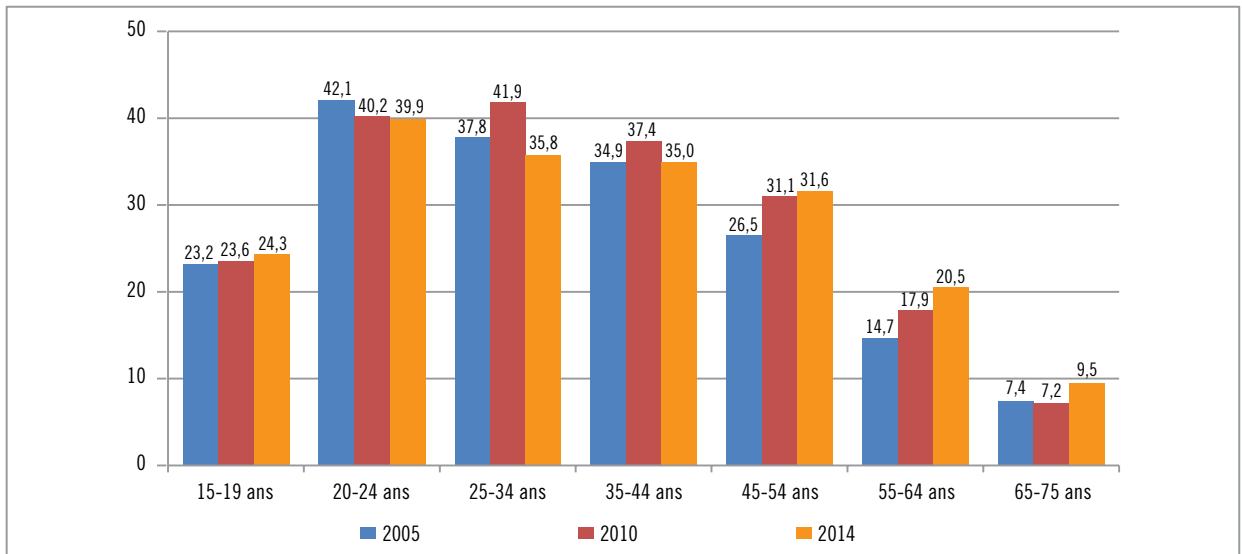
Selon l'âge, c'est parmi les 25-34 ans que la baisse du tabagisme régulier apparaît la plus importante (de 41,9 % à 35,8 %) (Figure 2). En revanche, chez les femmes, la prévalence du tabagisme régulier est en hausse parmi les 55-64 ans (de 15,5 % à 18,6 %), prolongeant la tendance déjà observée en 2010 sur les femmes de 45 à 64 ans et qui correspond en partie à un effet de génération [4].

Figure 1 : Évolution du statut tabagique entre 2010 et 2014 (en pourcentage)



Source : Baromètres santé 2010 et 2014, Inpes.

Figure 2 : Évolution de l'usage quotidien de tabac par âge entre 2005 et 2014 (en pourcentage)



Source : Baromètres Santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Quantité de tabac fumée

Parmi l'ensemble des fumeurs, occasionnels et quotidiens, le nombre moyen de cigarettes fumées (ou équivalent¹) a légèrement diminué entre 2010 et 2014 (de 11,9 à 11,3 cigarettes par jour), alors qu'il est resté stable parmi les seuls fumeurs quotidiens, à 13,5 cigarettes par jour (14,6 chez les hommes et 12,0 chez les femmes).

Inégalités sociales

L'analyse des évolutions du tabagisme régulier depuis 2000 selon le niveau de diplôme, la situation professionnelle ou le niveau de revenus montre que les inégalités en matière de tabagisme, qui s'étaient renforcées entre 2000 et 2010, se maintiennent en 2014. Cependant, au regard de ces variables,

aucune catégorie n'est concernée par une hausse statistiquement significative du tabagisme entre 2010 et 2014. En termes de groupes socio-professionnels, les ouvriers restent les plus nombreux à fumer quotidiennement (37,8 %), à un niveau équivalent à celui observé en 2010.

Tentatives d'arrêt et envie d'arrêter de fumer

Tentatives d'arrêt

La proportion de fumeurs réguliers déclarant avoir arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine dans l'année est de 29,0 %, en hausse par rapport à 2010 (25,2 %). Cette hausse est particulièrement importante chez les 15-24 ans (de 40,6 % à 53,6 %),

les plus jeunes demeurant de loin les plus nombreux à déclarer avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année telle que définie ici.

Envie d'arrêter de fumer

L'envie d'arrêter de fumer, stable par rapport à 2010, est partagée par 59,5 % des fumeurs réguliers. En revanche, alors qu'en 2010 les hommes déclaraient plus souvent avoir envie d'arrêter de fumer que les femmes, ce n'est plus le cas en 2014 où les niveaux sont identiques du fait d'une augmentation sensible parmi les femmes (de 53,6 % à 59,5 %). Par ailleurs, l'envie d'arrêter de fumer augmente avec l'avancée en âge.

Recherche d'aide sur Internet

Au cours des douze derniers mois, 13,6 % des personnes ayant envie d'arrêter de fumer déclarent avoir cherché des conseils ou de l'aide sur Internet, soit 8,1 % des fumeurs réguliers. Les fumeurs âgés de 35 à 44 ans et ceux ayant un niveau de diplôme supérieur ou égal au bac sont les plus concernés, à l'inverse des ouvriers qui utilisent moins que les cadres Internet pour s'informer sur leur santé [6].

Prévalence d'usage de la cigarette électronique

Un quart des personnes âgées de 15 à 75 ans (25,7 %) déclare avoir déjà essayé la cigarette électronique (ou e-cigarette), et presque six fumeurs sur dix (57,8 %). La cigarette électro-



L'ESSENTIEL

-
- Après avoir augmenté entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme en France s'est stabilisée, selon la nouvelle enquête Baromètre santé de l'Inpes.
- La prévalence du tabagisme régulier est en légère baisse chez les femmes.
- De plus en plus de fumeurs, en particulier chez les jeunes, tentent d'arrêter de fumer.

nique a par ailleurs été expérimentée par 5,6 % des individus n'ayant jamais fumé².

L'usage actuel de la cigarette électronique concerne 6,0 % de l'ensemble des 15-75 ans, et 2,9 % vapotent quotidiennement. Les trois quarts des vapoteurs sont des fumeurs réguliers de tabac, 8,4 % des fumeurs occasionnels, 15,0 % des ex-fumeurs et 1,9 % des individus n'ayant jamais fumé.

Quelques éléments de discussion

En résumé, les données du Baromètre santé 2014 montrent :

- une prévalence du tabagisme stable ;
- une légère diminution de la prévalence du tabagisme régulier, en particulier chez les femmes ;
- parmi les 25-34 ans, la baisse est conséquente ;
- le pourcentage de femmes ayant arrêté de fumer est en augmentation par rapport à 2010, ceci étant vérifié pour quasiment toutes les générations ;
- la part de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année est également en hausse ;
- autre élément saillant de cette analyse : le maintien des inégalités sociales en matière de tabagisme, alors que les fumeurs les moins favorisés sont aussi nombreux que les autres à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer.

Comme en 2010, les fumeurs de 15 à 24 ans sont les plus nombreux à déclarer avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année, au sens d'avoir arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine. D'une part, les jeunes fumeurs sont ceux pour qui l'habitude tabagique est la moins ancrée dans la vie quotidienne, et l'addiction la

moins installée. Il pourrait donc être plus facile pour eux de s'abstenir de fumer pendant une semaine. D'autre part, les fumeurs plus âgés sont plus nombreux à réussir à arrêter de fumer de manière permanente et à devenir ex-fumeurs [5], ce qui pourrait être dû à une motivation plus forte pour arrêter de fumer en possible lien avec une dégradation de l'état de santé. D'ailleurs, l'envie d'arrêter de fumer est de plus en plus importante à mesure que l'âge augmente. Or, l'indicateur sur les tentatives d'arrêt ne concerne que les fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer sans y parvenir. Cela étant, les données du Baromètre santé 2010 indiquaient également que la mise à distance du risque, fréquemment évoquée chez les adolescents, fait place dès l'âge de 20 ans à une crainte importante des maladies liées au tabac, qui s'avère même supérieure à celle déclarée au-delà de 30 ans [7].

Parmi l'ensemble des 15-75 ans, entre 2,6 et 3 millions d'individus déclarent utiliser la cigarette électronique et entre 1,2 et 1,5 million de manière quotidienne. Même si les

methodologies d'enquête différentes ne permettent pas de comparer ces prévalences de façon rigoureuse, ces chiffres s'avèrent très proches de ceux obtenus dans l'enquête ETINCEL réalisée par l'OFDT fin 2013 [8]. Au final, on peut considérer que 0,9 % des 15-75 ans, soit environ 400 000 personnes, constitue une première approximation de la proportion de Français ayant réussi à arrêter de fumer, au moins temporairement, grâce à la cigarette électronique. ■

1. On considère les équivalences suivantes : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes et 1 pipe = 5 cigarettes.
2. Ou « juste une ou deux fois pour essayer ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Programme national de réduction du tabagisme*. 2014-2019. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/150212_PNRT-Complet-V_DEF_2_.pdf
- [2] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. dir. *Baromètre Santé 2000. Volume 2 : résultats*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 473 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/inegalites.pdf
- [3] Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf
- [4] Beck F., Guignard R., Richard J.-B. *Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes*. Paris : La Documentation française, 2014 : 256 p.
- [5] Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Peretti-Watel P. *Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête*

Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 55 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>

[6] Beck F., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V., Montagni I., Parizot I., Renahy E. Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *Journal of Medical Internet Research*, 2014, vol. 16, n° 5 : p. e128.

[7] Guignard R., Beck F. Le tabagisme chez les jeunes de 15-30 ans. In : Beck F., Richard J.-B. dir. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : p. 69-83. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf

[8] Lermenier A., Palle C. *Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique*. Saint-Denis : OFDT, 2014 : 15 p. En ligne : www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxalu2.pdf

L'accompagnement par des professionnels formés accroît la réussite du sevrage tabagique

Entretien avec Nadia Lahlou, médecin tabacologue, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph.

La Santé en action : **Quels résultats du Baromètre santé de l'Inpes concernant le tabagisme vous paraissent les plus marquants ?**

Nadia Lahlou : L'analyse des données montre un changement de comportement chez les femmes. La prévalence du tabagisme régulier chez celles-ci diminue, passant de 26 % en 2010 à 24,3 % en 2014, alors qu'elle avait augmenté entre 2005 et 2010.

Le tabagisme régulier recule notamment chez les 25-34 ans (de 41,9 % à 35,8 %) et surtout chez les femmes, de 36 % à 28,7 % pour cette même tranche d'âge : si des facteurs comme la grossesse favorisent l'arrêt du tabac dans cette tranche d'âge, c'est la première fois que nous observons une telle diminution. De plus, l'envie d'arrêter de fumer, stable par rapport à 2010, a fortement augmenté chez les fumeuses régulières : elles sont 59,5 % en 2014, contre 53 % en 2010. Voilà des points positifs.

Un autre élément intéressant concerne la proportion des personnes ayant fait une tentative d'arrêt dans

L'ESSENTIEL

- **Si la prévalence du tabagisme reste globalement stable, le tabagisme est en recul chez les femmes et elles sont plus nombreuses à souhaiter arrêter de fumer.**
- **Le docteur Nadia Lahlou explique pourquoi les consultations de tabacologie, souvent méconnues, sont un dispositif adapté de soutien au sevrage tabagique. Et comment concrètement elles se déroulent.**

l'année ; celle-ci est en hausse, passant de 25,2 % à 29 %. Le Baromètre santé n'a pas étudié les moyens utilisés lors de ces tentatives. Mais, en consultation, nous constatons qu'un certain nombre de fumeurs ont utilisé la cigarette électronique pour ces démarches d'arrêt. La hausse constatée résulte-t-elle de l'apparition sur le marché de ce nouveau produit ? Il aurait été intéressant d'avoir des éléments de réponse.

S. A. : **Quel est l'intérêt des consultations de tabacologie pour ceux qui souhaitent arrêter de fumer ?**

N. L. : Certaines personnes parviennent à gérer leur sevrage seules ou avec l'aide d'un pharmacien ou de leur médecin traitant. D'autres éprouvent davantage de difficultés. Les consultations de tabacologie consistent en un accompagnement psychologique et



médicamenteux par des professionnels formés, ce qui augmente les taux de réussite.

La première séance, assez longue, est consacrée à faire un point complet : antécédents médicaux, histoire avec le tabac, expériences d'arrêt, habitudes de vie, état anxieux ou dépressif, mesure du taux de monoxyde de carbone, évaluation de la dépendance, de la motivation, des craintes à l'arrêt, etc. Ensuite, une date pour le démarrage du sevrage est décidée. Une deuxième consultation a lieu environ une semaine après, pour évaluer comment se passe le début de l'arrêt et répondre aux éventuelles questions. Puis le rythme sera adapté à chacun, aussi longtemps que nécessaire.



S. A. : Ces consultations suscitent parfois la méfiance. Pourquoi ?

N. L. : Certains fumeurs peuvent craindre de se voir faire la morale. Nous ne sommes pas là pour juger ou obliger. C'est en accord avec chaque personne, en fonction de son tabagisme et de ses souhaits, que nous décidons d'un programme individuel pour que le sevrage se passe en douceur. Selon les besoins, celui-ci peut comporter un traitement médicamenteux adapté tels que les substituts nicotiniques ou un autre médicament de sevrage tabagique, une phase de transition avec, dans un premier temps, une réduction de la consommation...

L'accompagnement permet également de gérer le risque de prise de poids, de prendre en compte d'autres co-addictions possibles, de surveiller l'apparition d'éventuels signes de manque. Si le fumeur a « craqué » pour quelques cigarettes, nous ne parlons pas d'échec : nous analysons ce qui a causé ces dérapages et voyons ce qu'il faut mettre en place pour éviter qu'ils ne se reproduisent. Le tabac est une drogue, entraînant une dépendance aussi forte que l'héroïne. Il est donc normal que de nombreux fumeurs aient besoin d'aide pour devenir « ex-fumeurs » et maintenir cet arrêt.

S. A. : Ces consultations sont-elles accessibles à tous ?

N. L. : Les consultations de tabacologie sont nombreuses, que ce soit à l'hôpital (consultations en accès direct), en centre de santé ou en ville. Elles ont particulièrement été recommandées

pour les « gros » fumeurs ou les personnes souffrant de pathologies nécessitant un arrêt impératif du tabac, mais toutes celles qui le souhaitent peuvent y accéder. Elles sont remboursées par la Sécurité sociale, sur la base des tarifs conventionnés, et par les mutuelles.

Pour connaître les consultations les plus proches, une des sources les plus complètes est le site Internet de Tabac-info-service. À noter, pour les personnes ne pouvant se déplacer à ces consultations que Tabac-info-service propose par ailleurs un accompagnement au sevrage, par téléphone, réalisé par des tabacologues (numéro d'appel : 3989).

S. A. : Quelle place pour la cigarette électronique dans les démarches de sevrage tabagique ?

N. L. : L'e-cigarette est un produit industriel et marketing. Ce n'est pas un médicament. L'avis du Haut Conseil de la santé publique, datant d'avril 2014, conclut que pour les fumeurs ayant envie d'arrêter, elle est un outil de réduction des risques... lorsqu'elle mène au sevrage total. Elle contient moins de produits toxiques et n'expose pas à l'intoxication par le monoxyde de carbone, ce qui est un bénéfice, mais ce bénéfice se trouve réduit chez les « vapo-fumeurs » qui utilisent la e-cigarette mais consomment aussi et toujours du tabac fumé. De plus, ses risques à moyen ou long terme ne sont pas connus. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste

BIBLIOGRAPHIE

- Inserm. *Addictions*. En ligne : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>
- Haute Autorité de santé (HAS). *Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*. Saint-Denis : HAS, octobre 2013 : 560 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours
- Haut Conseil de la santé publique. *Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale*. Saint-Denis : HCSP, 25 avril 2014 : 12 p. En ligne : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20140423_ecigarettebeneficisque.pdf

Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes



Dossier coordonné par Béatrice Lamboy, docteur en psychologie, directrice des programmes, Inpes.
Jacques Fortin, pédiatre, professeur honoraire de la faculté de médecine de Lille.
Jean-Christophe Azorin, enseignant-formateur, Participe-Santé, Montpellier.
Mabrouk Nekaa infirmier conseiller technique, formateur, rectorat de Lyon.

Tout comme l'estime de soi, les compétences psychosociales sont un concept à la mode. Rares sont les programmes de promotion de santé, de prévention ou d'éducation qui n'inscrivent pas en première ligne cette finalité. Mais de quoi parle-t-on ? Beaucoup s'en réclament... toutes-fois en partagent-ils la même définition ? Et ces programmes permettent-ils véritablement de développer ces compétences ?

Essayons-nous à deux types de définition. La première renvoie au texte de l'Organisation mondiale de la santé (1993) : les compétences psychosociales (CPS), c'est essentiellement « la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif lui permettant de répondre de façon positive et efficace aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ». L'amélioration des

CPS est ainsi clairement positionnée comme un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être des personnes. La seconde, beaucoup plus détaillée, détaille le vaste champ des compétences psychosociales. Elles sont avant tout sociales, cognitives et émotionnelles.

Sociales, cognitives, émotionnelles

- *Les compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)* regroupent :

- les compétences de communication verbale et non verbale – écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des remontrances d'information et des réactions (*feedback*) ;

- les capacités de résistance et de négociation – gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui ;

- l'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension ;



Mais de l'affichage à la réalité, il y a bien des écueils. Puis il faut savoir de quelles compétences on parle : s'agit-il de compétences érigées par la société afin que ses citoyens entrent dans le moule, dans une norme sociale édictée ? Ou s'agit-il véritablement des CPS universelles telles que listées par l'OMS, plaçant au centre l'individu et son épanouissement ?

Tout au long de la vie

On le voit, il y a un risque réel que ce concept soit galvaudé. Or, les enjeux sont majeurs. Comme il est souligné dans ce dossier, on ne peut concevoir de développer des compétences indépendamment de leur mise en pratique. Il s'agit de s'inscrire dans un processus d'*empowerment*, indispensable pour ancrer les CPS dans la quotidienneté de la vie. Si ce dernier objectif n'est pas privilégié, le concept en sera resté au niveau de la théorie, de l'intervention fugace, des mots. On se situe bien ici dans un apprentissage « tout au long de la vie ». Famille, école, tous les environnements interagissent pour sculpter les CPS d'un individu. Et une

synergie est non seulement possible mais souhaitable entre ces « milieux de vie ».

Ce dossier a pour ambition de vulgariser le concept de compétences psychosociales, afin que le public – y compris les professionnels qui sont nos premiers lecteurs – puisse fortifier ses

repères, tant théoriques que pratiques. La première partie en expose donc les fondements théoriques. Et la seconde ouvre sur des expériences à travers la France. École, commune, famille, lieux de vie, lieux de petite enfance : à partir d'exemples et de témoignages de formateurs, de professionnels, on voit ainsi émerger cette prise en compte des capacités de chacun à développer ses propres ressources. L'objectif est de mieux vivre dans son environnement humain, fruit d'une action collective, éducative, concertée. ■

- les compétences de coopération et de collaboration en groupe ;
- les compétences de plaider (« *advocacy* ») qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.

• *Les compétences cognitives* regroupent :

- les compétences de prise de décision et de résolution de problème ;
- la pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.

• *Les compétences émotionnelles (ou d'auto-régulation)* regroupent :

- les compétences de régulation émotionnelle – gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes ;
- les compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;

« LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES SONT LA PIERRE ANGULAIRE DE TOUT PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTÉ. COMMENT PRÉTENDRE AMÉLIORER LA SANTÉ D'UNE POPULATION SI CETTE DERNIÈRE NE PEUT PAS S'APPROPRIER CE CONCEPT AU QUOTIDIEN ET AMÉLIORER RÉELLEMENT SA QUALITÉ DE VIE ? »

- les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'auto-régulation.

Louable mais périlleux

Le cadre est clair et posé. L'objectif est louable. Les compétences psychosociales – l'un des facteurs fondamentaux de détermination des comportements – sont effectivement la pierre angulaire de tout programme de promotion de la santé. Comment, en effet, prétendre améliorer la santé d'une population si cette dernière ne peut pas s'approprier ce concept au quotidien et améliorer réellement sa qualité de vie ?

Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances

Élisabeth Luis,
étudiante de master
en psychologie à l'université
de Genève et stagiaire
à l'Inpes,
Béatrice Lamboy,
docteur en psychologie,
directrice des programmes,
Inpes.

Également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales, les compétences psychosociales (CPS) sont des compétences individuelles de nature psychologique qui sont indispensables à toute vie sociale (*life skills*).

Que signifie « compétences psychosociales » ?

En 1993, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) introduit le concept et fait référence, en premier lieu, à une compétence psychosociale globale : « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et

positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social » [1].

L'OMS propose de subdiviser cette compétence globale en sous-CPS qui sont, dans un premier document, articulées autour de cinq paires de compétences : savoir résoudre des problèmes/savoir prendre des décisions, avoir une pensée créative/avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi/avoir de l'empathie, savoir réguler ses émotions/savoir gérer son stress.

Dans les documents suivants de l'OMS, le nombre de CPS augmente et elles sont regroupées en trois grandes catégories [2-4].

1. *Les compétences sociales* (ou interpersonnelles ou de communication)

- les compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des *feedback* ;
- les capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui. L'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension ;
- les compétences de coopération et de collaboration en groupe ;
- les compétences de plaider (*advocacy*), qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.

2. *Les compétences cognitives*

- les compétences de prise de décision et de résolution de problème ;
- la pensée critique et l'auto-évaluation, qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.

3. *Les compétences émotionnelles* (ou d'autorégulation)

- les compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes ;
- les compétences de gestion du stress, qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;
- les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'autorégulation.



Quel est l'historique de ce concept ?

En 1986, dans la charte d'Ottawa de l'OMS, la notion de compétences psychosociales, *life skills* en anglais, est présentée comme un élément essentiel de la promotion de la santé, comme un axe d'intervention majeur dans le cadre du développement des compétences individuelles [5]. Mais c'est en 1993 que le concept de compétences psychosociales est largement mis en avant sur la scène internationale, dans le cadre d'un document de référence publié par l'OMS [1]. Dans ces deux documents de base, l'OMS souligne l'importance de promouvoir ces compétences afin de favoriser la santé globale positive (physique, psychique et sociale) [1, 5]. Depuis les années 2000, l'Unicef a publié de nombreux rapports sur les CPS et cherche à favoriser l'implantation de programmes ou de parcours éducatifs visant à développer les CPS dans le monde entier [6].

En amont et en parallèle du développement du concept *via* les grands organismes internationaux de santé publique, les CPS ont été travaillées et promues dans le cadre de programmes

de prévention tels que le *LifeSkills Training* (LST). Le célèbre programme LST de prévention de la consommation de substances psychoactives a été développé, à la fin des années soixante-dix, par un psychologue américain, Gilbert Botvin, et validé par des études d'efficacité [7]. Depuis trente ans, de nombreux programmes de prévention s'appuyant sur les CPS ont été développés et validés sur différentes thématiques de santé (santé mentale, addictions, santé sexuelle, etc.).

Les CPS se situent donc à la croisée de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes de santé, de la santé physique et de la santé mentale. Elles sont aujourd'hui reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être sur lequel il est possible d'intervenir efficacement.

Quels sont les enjeux des CPS ?

En effet, l'insuffisance du développement des compétences psychosociales est l'un des déterminants majeurs de comportements à risque tels que la prise de substances psychoactives, les comportements violents et les comportements sexuels à risque, qui sont eux-mêmes des déterminants de

L'ESSENTIEL

- ▣ **Savoir résoudre des problèmes, communiquer efficacement, avoir conscience de soi et des autres, savoir réguler ses émotions :** telles sont quelques-unes des compétences psychosociales (CPS) des personnes.
- ▣ **Depuis trente ans, de nombreux programmes de prévention s'appuyant sur le développement de ces compétences ont été mis en œuvre à travers le monde.**
- ▣ **Les CPS sont reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être, sur lequel il est possible d'intervenir efficacement.**
- ▣ **Toutefois, ce type d'intervention n'est mis en œuvre que de manière relativement récente en France.**

pathologies (addictions, IST, troubles des conduites, etc.) [2]. On parle alors de déterminants de déterminants (*causes of the causes*, en anglais). Développer les CPS permet donc de prévenir efficacement des problèmes

COMPÉTENCES SOCIALES, COGNITIVES, ÉMOTIONNELLES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedback</i> .	Compétences de prise de décision et de résolution de problème.	Compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes.
L'empathie , c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension.	Pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.	Compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation.
Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui.		Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation qui favorisent la confiance et l'estime de soi.
Compétences de coopération et de collaboration en groupe.		
Compétences de plaidoyer qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence.		

de santé mentale, de consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), des comportements violents et des comportements sexuels à risque [2, 8-23].

À quoi sert le développement des CPS ?

Chez les enfants, le renforcement des CPS favorise le développement global (social, émotionnel, cognitif, physique), améliore les interactions, augmente le bien-être et contribue donc à diminuer les comportements défavorables à la santé et à augmenter les comportements favorables. Les CPS jouent aussi un rôle essentiel dans l'adaptation sociale et la réussite éducative.

Chez les adolescents, outre les effets observés chez l'enfant (développement global, bien-être, etc.), le développement des CPS permet de prévenir la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale, les comportements violents et les comportements sexuels à risque [2].

Chez les adultes, il agit toujours sur le bien-être subjectif et la qualité des relations. Il favorise, chez

les parents, les pratiques éducatives positives. L'empathie, la capacité à répondre adéquatement aux besoins fondamentaux et la mise en œuvre de règles et de limites constructives en sont des exemples. Ces compétences et pratiques éducatives permettent l'établissement de relations positives entre parents et enfants, et augmentent le sentiment d'efficacité parentale. Ces CPS parentales ont également de l'impact sur les enfants et les adolescents. Chez les enfants, elles sont associées à une meilleure estime de soi, des capacités de résilience, de meilleurs résultats scolaires, de plus grandes compétences sociales, une moindre association à des pairs ayant des comportements antisociaux et un faible

« LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES SE SITUENT À LA CROISÉE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ, DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET DE LA SANTÉ MENTALE. »

niveau d'anxiété et de dépression [25]. Chez les enfants et les adolescents, il a été démontré que les CPS parentales étaient des facteurs de protection des troubles de comportements et de l'abus de substances [22, 25, 26].

Comment, dans la pratique, développer les CPS ?

Dans le cadre d'interventions en prévention et promotion de la santé, le développement des CPS chez les enfants et les adultes (parents) se fait principalement par la mise en place d'ateliers expérientiels. Il s'agit d'interventions inscrites dans une démarche de psychoéducation, qui sont réalisées en groupe et qui permettent aux enfants, aux jeunes et/ou aux parents d'explorer et d'accroître leurs propres compétences sociales, cognitives et émotionnelles.

Ces ateliers sont souvent dénommés *program* en langue anglaise ; en pratique, ce type d'intervention correspond à un cycle d'ateliers expérientiels. Ces derniers sont généralement hebdomadaires, d'une durée d'une ou deux heures, et proposés aux enfants, aux jeunes et/ou aux parents pendant plusieurs semaines (une dizaine au minimum) voire organisés sur plusieurs années. Ces ateliers qui sont relativement structurés proposent d'approfondir une ou deux compétences psychosociales par session par une pédagogie participative et expérientielle, à travers des échanges, un partage d'expériences, des mises en situation, des jeux de rôles et des exercices pratiques à réaliser au quotidien. Des supports peuvent être donnés aux participants afin de faciliter la compréhension et le développement des CPS.

Quels professionnels ont pour mission de les développer ?

Les ateliers de développement des CPS des enfants ont majoritairement lieu en milieu scolaire et s'adressent généralement aux enfants entre 5 et 15 ans. Ainsi, les professionnels qui ont pour mission de développer les CPS chez les enfants sont soit des enseignants, soit des intervenants en éducation pour la santé.

Chez les adultes-parents, les professionnels peuvent être des intervenants qui mettent en œuvre des groupes de parents sur le thème des relations



parents-enfants. Ces intervenants peuvent provenir des trois secteurs différents : la santé (éducation pour la santé et promotion de la santé), le secteur social et la petite enfance. Ils peuvent aussi avoir des profils distincts : psychologue, éducateur spécialisé, animateur socioculturel, travailleur social, professionnel ayant une formation en éducation pour la santé ou en promotion de la santé.

Quels sont les grands principes éthiques à respecter ?

Les ateliers cherchent à entrer en résonance avec les besoins des participants. Ils mobilisent l'expérience des personnes et cherchent à capter leur intérêt. Les CPS ne peuvent se développer que progressivement *via* l'interaction et l'expérience vécue ; elles ne peuvent être plaquées ou enseignées de façon magistrale. Les ateliers s'inscrivent donc dans une approche humaniste, participative et non descendante. Les participants sont invités à partager leurs expériences et à cheminer collectivement (pendant et en dehors de ateliers). L'intervenant adopte aussi une certaine posture lors des interventions ; il accompagne et participe au processus et ne se pose pas en « sachant » dans une position dominante. Il respecte la liberté de choix et l'autodétermination individuelle ; il accueille le vécu que les participants expriment au cours de l'atelier sans jugement, avec bienveillance et humilité.

Orienté vers le potentiel et les ressources des personnes, l'intervenant propose des pistes et présente certaines attitudes facilitatrices. Les compétences sont des clés proposées aux participants qui sont libres de les tester, de se les approprier s'ils le souhaitent, mais aussi de ne pas les mobiliser à un instant donné s'ils ne se sentent pas disponibles ou désireux de le faire.

Il est important aussi que les ateliers CPS soient fondés scientifiquement et/ou théoriquement, qu'ils ne soient pas construits « au hasard » mais élaborés à partir des savoirs et savoir-faire accumulés au cours des trente dernières années, et que les intervenants soient toujours dans une démarche de réflexivité quant à la pratique qu'ils mobilisent. Dans cette perspective, un regard extérieur (supervision, analyse

« **DANS LE CADRE D'INTERVENTIONS EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ, LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADULTES SE FAIT PAR LA MISE EN PLACE D'ATELIERS EXPÉRIENTIELS.** »

de la pratique) et/ou une démarche formelle d'évaluation sont largement préconisés.

Où en est le développement des CPS ?

Comme mentionné en première partie de cet article, le champ des CPS, à l'international, s'est largement développé à partir du début des années quatre-vingt-dix *via* une approche éducative globale portée par les organismes internationaux de santé publique et *via* des programmes structurés visant à prévenir les problèmes de santé mentale, la consommation d'alcool, tabac et cannabis, les grossesses non désirées ou les infections sexuellement transmissibles, etc.

En France, cette approche éducative en santé, qui passe par la mobilisation de savoir-faire et de savoir-être, a plus de difficulté à s'implanter. Au-delà de quelques initiatives locales datant des années quatre-vingt-dix – telles que celle portée par Marie-Odile Williamson dans la région de Nantes, puis dans le cadre de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Pays de la Loire (*voir articles dans ce dossier*) –, l'engouement pour les CPS est relativement récent. Depuis sa création, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) essaie de promouvoir ce champ d'intervention mais ce n'est que depuis environ cinq ans, que l'Institut en a fait un axe d'intervention majeur, inscrit dans sa programmation pluriannuelle. Aujourd'hui, le réseau des Ireps et des Codes (Comités départementaux d'éducation pour la santé) semble aussi largement mobilisé par cette démarche éducative. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World Health Organization (WHO). *Life skills education in schools*. Geneva: WHO, 1997 : 48 p.
- [2] Mangrulkar L., Whitman C.V., Posner M. *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington DC: Pan American Health Organization, 2001 : 61 p. En ligne : http://hhd.org/sites/hhd.org/files/paho_lifeskills.pdf
- [3] World Health Organization (WHO). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school*. Geneva: WHO, 2003 : 88 p. En ligne : http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
- [4] World Health Organization (WHO). Preventing violence by developing life skills in children and adolescents. In: *Violence prevention: the evidence*. Geneva: WHO, 2010: p. 27-43. En ligne : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf
- [5] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague: OMS Europe, 1986 : 6 p. En ligne : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- [6] United Nations of International Children's Emergency Fund (Unicef). *Global evaluation of life skills education program*. [Evaluation report]. New York: Unicef, 2012: 150 p. En ligne : www.unicef.org/evaluation/files/USA-2012-011-1_GLSEE.pdf
- [7] Botvin G.J. Preventing adolescent drug abuse through LifeSkills Training: Theory, methods, and effectiveness. In: Crane J. *Social Programs That Work*. New York: Russell Sage Foundation, 1998: p. 225-257. En savoir plus : <http://www.childtrends.org/?programs=life-skills-training-1st#sthash.musy0vx0.dpuf>
- [8] Barlow J. *Systematic review of the effectiveness of parent-training programmes in improving behaviour problems in children age 3-10 years*. Oxford: University of Oxford, 1997.
- [9] Barlow J., Smailagic N., Ferriter M., Bennett C., Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database Systematic Review*, 2010, vol. 3. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164454/>
- [10] Barry M.M., Canavan R., Clarke A., Dempsey C., O'Sullivan M. *Review of evidence-based mental health promotion and primary/secondary prevention*. London: Department of Health, 2009: 257 p.
- [11] Du Roscoät E., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique,*

- 2013, n° 1 (suppl.) : p. 47-56. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-47.htm>
- [12] Foxcroft D., Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 2011, vol. 9.
- [13] Gates S., McCambridge J., Smith L., Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, vol. 1. En ligne : www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD005030.pdf
- [14] Guillemont J., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013 : n° 1 (suppl.) : p. 37-45. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-37.htm>
- [15] Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 1992 : vol. 112, n° 1 : p. 64-105.
- [16] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2005 : 428 p. En ligne : www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/140/expcol_2005_trouble.pdf?sequence=1
- [17] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Montréal (Québec) : INSPQ, 2008 : 150 p. En ligne : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf
- [18] Kersaudy-Rahib D., Lydié N., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013 : n° 1 suppl. : p. 13-23. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-13.htm>
- [19] Kersaudy-Rahib D., Clément J., Lamboy B., Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013 : n° 1 suppl. : p. 25-35. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-25.htm>
- [20] Lamboy B., Clément J., Saïas T., Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes : une revue systématique. *Santé publique*, 2011 : vol. 33, n° 6 : p. 113-127.
- [21] World Health Organization (WHO). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. [Summary Report]. Geneva: WHO, 2004 : 66 p. En ligne : apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X_eng.pdf?ua=1
- [22] United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*. Vienne : UNODC, 2010 : 128 p. En ligne : www.unodc.org/docs/youthnet/Compilation/10-50018_Ebook.pdf
- [23] Wilquin J.-L., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013 : n° 1 suppl. : p. 65-74. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_130_0065
- [24] Kumpfer K.L., Fowler M.A. Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 2007 : vol. 12, n° 2 : p. 134-142.
- [25] Hutchings J., Lane E. Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 2005, vol. 18, n° 4 : p. 386-391.
- [26] Pettit G.S., Bates J.E. Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to four years. *Developmental Psychology*, 1989, vol. 25, n° 3 : p. 413-420.

Comment réussir un projet mobilisant les compétences psychosociales

Jacques Fortin,
pédiatre, professeur honoraire
de la faculté de médecine de Lille.

La France a pris quelques décennies avant de rejoindre les pays anglo-saxons dans la reconnaissance du rôle essentiel que jouent les compétences personnelles et sociales (psychosociales) dans la détermination des comportements, que ce soit dans les apprentissages, scolaires ou professionnels, ou bien dans les relations interpersonnelles quotidiennes.

Aujourd'hui, on constate une effervescence de projets, initiatives, programmes qui visent à promouvoir et développer ces compétences. C'est là une excellente nouvelle qui doit nous conduire à réfléchir, à la lumière des initiatives passées, notamment à l'étranger, aux apports mais aussi aux limites et difficultés que ces démarches, très diverses, peuvent engendrer.

Quelle est la question ?

L'engouement suscité par les compétences psychosociales (CPS) conduit à les associer de plus en plus aux actions les plus diverses, comme si elles conféraient en elles-mêmes un label de qualité. La réalité est évidemment plus complexe et face à l'hétérogénéité des actions, il convient de bien préciser l'objectif que l'on veut atteindre et les processus qui justifieraient et valideraient la volonté d'optimiser des CPS.

S'agit-il d'améliorer certaines compétences : lesquelles ? Pourquoi celles-ci et pas d'autres ? S'agit-il de mobiliser

des CPS dans la perspective de modifications d'attitudes et de comportements dans un domaine particulier ? S'agit-il du souci global de favoriser l'autonomie de l'enfant (démarche d'empowerment) ?

La lecture de certains projets n'est pas toujours explicite. Trop souvent, on a le sentiment que l'accent mis par exemple sur le renforcement exclusif de l'estime de soi – pour réduire la violence dans une école ou dissuader des adolescents de consommer des drogues – relève davantage d'un pari sur l'impact espéré que d'une hypothèse argumentée.

La détermination des comportements en santé est multifactorielle

À défaut de pouvoir prédire ou déterminer les comportements, les nombreux travaux menés depuis une cinquantaine d'années (voir notamment [1, 2]) aident à la compréhension des processus mis en œuvre dans l'intention d'agir, dans le passage à l'action et dans le maintien d'un comportement.

Les nombreux modèles proposés se retrouvent autour de trois éléments majeurs impliqués dans le déclenchement d'un comportement. Il s'agit des attitudes liées aux représentations, du sentiment d'auto-efficacité (sentiment de contrôle) et des normes sociales que traduit la pression sociale. On remarquera que si le sentiment d'auto-efficacité renvoie immédiatement à la connaissance de soi, CPS essentielle, les attitudes, à travers leurs composantes cognitives (connaissances et

L'ESSENTIEL

- Pour le pédiatre Jacques Fortin, le développement des compétences psychosociales s'inscrit essentiellement dans une approche éducative « tout au long de la vie ».
- Cette approche est mise en œuvre par l'entourage familial et social : parents, pairs, enseignants, animateurs, etc.
- Cet environnement peut être, pour les enfants et les jeunes, soit favorable soit délétère, d'où la nécessité de travailler sur les pratiques éducatives tant familiales que sociétales. Car il y a bien des « conditions à réunir » pour développer ces compétences.

croiances), émotionnelles et conatives (capacité décisionnelle), font également référence à d'autres compétences personnelles. Enfin, la gestion des normes et de la pression sociale fait appel à des compétences relationnelles et sociales.

Lors de la conception d'un projet, il serait donc souhaitable d'étudier comment l'ensemble de ces CPS est impliqué dans les comportements que l'on veut promouvoir. La mobilisation du seul sentiment d'auto-efficacité, traduit en amélioration de la confiance en soi, peut s'avérer largement insuffisante. Face à la consommation de drogues, comment ne pas associer un travail sur les croyances par rapport aux produits à un renforcement de l'affirmation de soi et de la capacité à gérer le stress ?

L'évaluation des actions et des programmes devrait prendre en compte l'analyse des facteurs mis en jeu pour comprendre les mécanismes de succès afin d'en assurer la reproductibilité la plus grande, ou d'échec afin de pouvoir corriger les erreurs ou manques observés. Il est, en effet, très difficile d'attribuer des changements de comportement à la seule intervention sur une ou même plusieurs compétences psychosociales.

Interdépendance des compétences psychosociales

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1993, présente cinq paires de compétences génériques dont on perçoit aisément les liens (voir l'article d'É. Luis et B. Lamboy dans ce dossier). Si la connaissance de soi qui englobe confiance, estime et affirmation de soi est une compétence essentielle, c'est qu'elle nourrit et est alimentée par les autres compétences psychosociales. Comment aller vers l'autre, dialoguer de manière empathique, soutenir, gérer des conflits sans violence, oser entreprendre... sans avoir une conscience positive de soi, de ce que A. Bandura nomme le sentiment d'auto-efficacité ? [3].

On sait qu'une hyper estime de soi, sans compétences sociales développées, conduit à un égocentrisme, source de difficultés relationnelles et adaptatives. C'est ce que l'on observe aisément chez les

« enfants rois », mais aussi chez bon nombre de leaders délinquants. Aider un jeune à s'affirmer est indispensable à son intégration sociale mais doit s'inscrire parallèlement dans une conscience de l'autre si l'on veut éviter des comportements intolérants, voire asociaux.

On soulignera que les parents, qui ont le souci de faciliter l'insertion de leur enfant dans le monde tel qu'il est, vont très tôt et spontanément lui apprendre à observer et écouter pour comprendre, analyser une situation et y apporter une réponse adéquate. Non seulement ils prodiguent encouragements et soulignent les réussites, mais ils apprennent parallèlement à aider et partager. Cette **démarche éducative multicentrique** est capitale, indispensable par exemple dans tout processus de résolution de problèmes tel que la gestion de conflits qui réclame à la fois une connaissance positive de soi, une maîtrise de ses propres sentiments et une attention aux émotions de l'autre, une analyse claire d'une situation et l'élaboration d'une réponse apaisante adaptée. La formation des éducateurs, enseignants, animateurs de programmes... doit avoir ce souci d'action globale et éviter de dissocier compétences personnelles et compétences sociales.

Apprendre en cheminant

La notion de compétence est intimement liée à l'action, aux savoir-faire et savoir-être. Cela signifie que les

compétences ne s'enseignent pas comme les grandes dates de l'histoire de France, mais qu'elles se placent d'emblée dans un vécu, qu'il soit passé (compréhension de faits ou d'actions), présent (analyse d'une situation) ou futur (ce qu'il serait souhaitable d'être en capacité de faire). Les Anglais parlent de *social skills*, de compétences pour la vie (*life skills*) et, dans cette logique, ont conçu dans les années 1950 des outils éducatifs à destination des mères au foyer afin de les aider à développer la palette des compétences mobilisées dans la vie sociale.

L'apprentissage des CPS ne peut être qu'**expérientiel**, adossé à des méthodes actives et participatives. Action et réflexion en rapport à l'action sont au centre de la démarche éducative. La réflexion porte à la fois sur les émotions (notamment la peur ou la colère) perçues avant, pendant et après action, sur les éléments facilitateurs et les difficultés à adopter telle attitude ou tel comportement.

Il faut avoir conscience que l'apprentissage le plus fréquent chez l'enfant fait moins appel à la réflexion et l'analyse qu'à l'**imitation** et à la modélisation. Ce que nous avons mentionné sous le terme de « normes sociales » rend compte de la pression de l'entourage et des cercles d'influence plus ou moins proches de la personne [4] sur les choix et modes d'action. Dans l'enfance, les parents, rejoints par les pairs dès la préadolescence mais aussi par des



adultes référents comme l'enseignant ou l'animateur, jouent un rôle majeur dans l'éducation en général et plus spécifiquement dans le développement des CPS. Cela devrait conduire à les associer le plus étroitement possible aux projets et aux actions, ainsi qu'à augmenter la prise de conscience de leur **rôle modélisant** afin d'encourager l'ajustement de leurs pratiques éducatives.

Des CPS, et après ?

On ne peut concevoir de développer des compétences indépendamment de leur mise en pratique. Il s'agit de s'inscrire dans un processus d'*empowerment*, indispensable pour ancrer les CPS dans la quotidienneté de la vie.

Vouloir améliorer le niveau de compétences personnelles et surtout sociales sans laisser de temps et d'espace pour qu'elles puissent s'exercer ne peut conduire qu'au sentiment de frustration chez les jeunes, d'impuissance et d'échec chez les animateurs de projets. C'est pourtant ce que l'on peut observer lorsque des jeunes sont en capacité de s'affirmer mais qu'ils fonctionnent dans un contexte familial ou scolaire rigide qui ne tolère aucun avis divergent. C'est ce qui arrive lorsque des jeunes acquièrent une capacité d'analyse qui les conduit à des propositions jamais entendues, qu'ils apprennent des stratégies de résolution non violente des conflits alors qu'ils vivent et subissent un cadre violemment répressif. Plus généralement, l'autonomie que favorise le développement des CPS n'est réelle que lorsqu'elle peut pleinement s'exercer.

On peut ainsi comprendre les réticences de certains adultes à accepter des démarches qui risquent de remettre en cause un pouvoir fondé sur l'autoritarisme. Il est important d'en avoir conscience lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'un projet.

Interroger les relations interpersonnelles

Lorsque des jeunes sont très en retrait ou manifestent une agressivité à fleur de peau, multiplient les conduites transgressives, il est indispensable de s'intéresser à la nature des relations qu'ils entretiennent avec leur entou-

rage et notamment avec les adultes tels que parents et enseignants. On observe alors que leur faible niveau de compétences psychosociales est très lié au contexte éducatif dans lequel ils baignent, ou plutôt qu'ils subissent de la part d'adultes présentant eux-mêmes un faible niveau de CPS.

« AIDER UN JEUNE À S'AFFIRMER EST INDISPENSABLE À SON INTÉGRATION SOCIALE MAIS DOIT S'INSCRIRE PARALLÈLEMENT DANS UNE CONSCIENCE DE L'AUTRE SI L'ON VEUT ÉVITER DES COMPORTEMENTS INTOLÉRANTS VOIRE ASOCIAUX. »

À minima, on trouvera une famille étouffante, surprotectrice « pour le bien du jeune », un enseignant directif, autoritaire, inaccessible au dialogue ; au pire, des conduites éducatives violentes, traumatisantes. On peut élargir l'observation au groupe de pairs, par exemple chez les jeunes victimes de harcèlements. Les démarches de remédiation par le développement de CPS qui ne ciblent que la victime ont un impact limité par rapport à celles qui englobent également les pairs et les adultes dont ils améliorent les compétences éducatives. Cela conduit à réfléchir à des stratégies pertinentes pour que ces derniers soient demandeurs d'aide. Les expériences canadiennes d'éducation obligatoire des parents d'enfants agressifs ont montré leur impact limité, voire contre-productif.

À l'opposé, on peut s'interroger sur la pertinence et la validité de projets qui s'adressent à des jeunes bénéficiant d'une éducation familiale et d'un cadre scolaire qui les rendent autonomes et bien insérés dans les groupes sociaux. Ce sont souvent ces contextes favorables qui sont les plus demandeurs ; ils permettent des évaluations satisfaisantes tant pour les bénéficiaires que pour les promoteurs. Toute généralisation des actions et

outils, qui ne prendrait pas en compte une nécessaire contextualisation ne peut être retenue.

Le développement des CPS s'inscrit dans une démarche systémique

Interdépendance des CPS, détermination multifactorielle des comportements, multiplicité des interactions entre le jeune et son entourage... conduisent à la nécessité de penser globalement l'optimisation des compétences psychosociales des jeunes. Tout plaide, en effet, pour préférer une démarche systémique à une action ponctuelle auprès de l'enfant. Chaque contexte de vie génère des interactions particulières qui impactent le développement et l'expression des CPS. Ainsi, il a bien été montré comment l'estime de soi variait en fonction du contexte (estime de soi physique, scolaire, relationnelle, etc.) à la fois spatial (famille, école, pairs) et temporel (variations entre enfance et adolescence) ; de même, on a pu observer en temps de guerre comment certaines CPS pouvaient se révéler ou s'effacer.

La compétence psychosociale n'étant pas une donnée stable, acquise une fois pour toutes, son ancrage est facilité par la cohérence des pratiques éducatives autour du jeune, par la constance des modèles identificatoires rencontrés, et son renforcement par une intégration profonde de son usage dans la quotidienneté de la vie sociale. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fishbein M.A., Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behaviour. An Introduction to Theory and Research*. Reading MA : Addison-Wesley, 1975 : 562 p.
- [2] Tones K., Green J. *Health Promotion. Planning and Strategies*. London : Sage Publications, 2004 : 376 p.
- [3] Bandura A. *L'apprentissage social*. Bruxelles : Pierre Mardaga éditeur, 1980 : 206 p.
- [4] Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1979 : 330 p.

Former les enseignants aux compétences psychosociales

France Arboix-Calas,
attachée temporaire
d'enseignement
et de recherche,
université Montpellier 2 –
Laboratoire interdisciplinaire
de recherche en didactique,
éducation et formation.

Dans les Écoles supérieures du professorat et de l'éducation (Éspé)¹, l'un des objectifs de la formation des futurs enseignants est de les sensibiliser à leur mission d'acteurs de santé. Dans le domaine de l'éducation à la santé, les compétences psychosociales (CPS) sont un concept qui a émergé dès 1993 dans le cadre de la réflexion d'un groupe d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé mentale [1]. Ce concept relève du domaine de la « pratique professionnelle », mais ne relève pas encore du champ du « scientifique ». En effet, en référence à ces CPS, les auteurs préfèrent parler de compétences en santé du patient et d'autogestion [2] ou encore de

modèle transactionnel [3]. Dans le cadre de la formation professionnelle des futurs enseignants, c'est donc le concept professionnel, dans son acception pratique, qui est mis en avant. Il se base sur la définition qu'en donne l'OMS. Les dix compétences psychosociales² sont définies comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne », (voir article de É. Luis et B. Lamboy dans ce même dossier). Leur développement trouve donc pleinement sa place au sein de l'école dont le but ultime est de former des citoyens autonomes, responsables et capables d'une pensée critique.

Écueils à contourner

Dans le cadre de la formation des futurs enseignants, il est donc indispensable de bien expliciter au préalable les concepts théoriques aux-

L'ESSENTIEL

- **La formation des futurs enseignants aux compétences psychosociales est un redoutable défi. Ils doivent, en effet, « changer de paradigme de pensée », ne plus séparer, d'un côté, les connaissances scientifiques biomédicales, de l'autre, les compétences psychosociales. Et considérer que les unes sont au service des autres.**
- **Une formation adaptée permet de les accompagner dans cette démarche.**

quels ils se réfèrent. C'est alors que le formateur se trouve confronté à deux écueils :

- le concept de compétence qui ne fait consensus ni au sein de la communauté scientifique, ni chez les professionnels de l'enseignement ;
- les textes officiels qui explicitent assez peu le concept de CPS. En effet, si ce terme est présent de façon explicite dans certains textes de cadrage [4], il est bien souvent infusé de manière implicite, comme on le trouve dans le socle commun de compétences, de connaissances et de culture. Il est donc primordial de savoir comment les étudiants s'emparent de ces questions et comment ils se les approprient.

Formation des futurs enseignants

Le cadre institutionnel que je présente ici est propre à la formation initiale des futurs professeurs des écoles à l'Éspé de Montpellier et ne concerne pas le plan académique de formation. Elle est propre à cette localité car ces



formations ne sont pas encore systématiques dans toutes les Espé, bien que le réseau UNIRÉS³ œuvre pour un plus grand maillage de la formation sur le territoire.

En tant que formatrice à l'Espé de Montpellier, j'ai en charge une partie de la formation initiale des futurs professeurs des écoles. Plusieurs unités d'enseignement (UE) ont été récemment consacrées au thème de l'éducation à la santé (UE « Éducation à la santé en milieu scolaire » en 2012-2013, UE « Projet en éducation à la santé » en 2013-2014). Leurs objectifs communs sont de présenter les grands concepts de santé publique, d'amener les étudiants à réfléchir sur leurs propres conceptions de la santé, et de leur faire comprendre la place des CPS dans le cadre de l'éducation des jeunes dont ils ont la charge.

L'enjeu de la formation des futurs enseignants aux CPS est donc double :

- appréhender le concept de compétence ;

- ne pas déconnecter les CPS des connaissances scientifiques appliquées à la santé.

Ceci va impliquer pour les étudiants de changer de paradigme de pensée. En effet, ils ont tendance à voir l'éducation à la santé de façon binaire : soit dans les connaissances scientifiques biomédicales, soit dans les compétences psychosociales, mais pas les unes au service des autres. C'est à mon sens dans cette articulation que se situe tout l'enjeu de la formation. De plus, c'est ce qui rend les CPS opérationnelles.

En pratique : comment faire ?

Au départ, les étudiants sont amenés à s'interroger sur leur conception de la santé, de l'éducation à la santé et sur la place des CPS dans cette conception. L'expérience de ces deux dernières années d'enseignement m'a montré que les étudiants ont une vision de l'éducation à la santé davantage tournée vers la promotion de la santé que vers le modèle biomédical. Ils ont une perception intuitive des CPS mais ne savent pas les définir et avouent, pour la plupart d'entre eux, n'en avoir jamais entendu parler.

Ensuite, je leur présente les CPS dans leur texte original [1] et ils ont en charge de les rechercher dans le

socle commun de connaissances et de compétences [5] afin qu'ils repèrent leur formulation sous une forme plus explicite et plus opérationnelle. Par exemple, dans la compétence n° 1 « Maîtrise de la langue française », dans l'item « s'exprimer à l'oral », on retrouve « prendre la parole en public ; prendre part à un dialogue, un débat : prendre en compte les propos d'autrui, faire valoir son propre point de vue » qui correspond aux CPS « communiquer efficacement, faire face à ses émotions ».

Enfin, les étudiants travaillent sur des études de cas ou des projets qui nécessitent d'intégrer les compétences du socle tout en abordant des thématiques de santé.

Cela permet aux étudiants de mieux comprendre que l'éducation à la santé n'est pas l'apanage du domaine des sciences ou de l'éducation physique et sportive mais est une éducation transversale puisque chaque grande compétence du socle y est présente.

Conclusion

La formation des futurs enseignants aux CPS ne va pas de soi car c'est un concept récent que le champ scientifique n'a pas encore clairement défini. L'utilisation pratique de ce concept élaboré dans le champ professionnel pose le problème de l'évaluation car le changement de paradigme qu'impose l'articulation des connaissances biomédicales et des compétences psychosociales est difficile à appréhender et nécessite une posture professionnelle particulière qui conservera la dialogique entre CPS et connaissances biomédicales (interaction entre ces deux pôles complémentaires). L'expérience montre que l'évaluation peut difficilement se faire en formation initiale. Elle gagnerait à être mise en œuvre sur le terrain par l'intermédiaire des conseillers pédagogiques de circonscription et des inspecteurs de l'Éducation nationale.

Pour pérenniser l'offre de formation dans ce domaine, d'autres formations devraient prochainement participer à développer cette pratique professionnelle chez les professionnels de l'éducation. À l'Espé de Montpellier, un master « Éducation à la santé, l'environnement, la citoyenneté – Ésec » devrait voir le jour à la rentrée de septembre 2015.

Il accorde une place particulièrement importante au développement de ces CPS afin de donner aux élèves les moyens de faire des choix toujours plus éclairés et plus responsables dans une société en perpétuelle mutation. ■

1. Écoles supérieures du professorat et de l'éducation créées par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République et formellement mises en place le 1er septembre 2013, succédant ainsi aux Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM).
2. Les dix compétences psychosociales : résoudre les problèmes, prendre des décisions, avoir une pensée créative, avoir une pensée critique, communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles, avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres, faire face à son stress, faire face à ses émotions.
3. Le Réseau des universités pour l'éducation à la santé : <http://unires-edusante.fr/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World Health Organization (WHO). *Programme on Mental Health. Life Skills Education in School*. Genève: WHO, 1994 : 54 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf
- [2] Osborne R.H., Hawkins M., Jordan J.E. À quoi une approche systémique efficace de l'éducation du patient et de l'autogestion devrait-elle ressembler ? Point de vue de l'Australie. In : Vincent I., Loaëc A., Fournier C. dir. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux*. 5^{es} Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires, 2010 : p. 102-120. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1309.pdf>
- [3] Bruchon-Schweitzer M. *Au-delà du modèle transactionnel. Vers un modèle intégratif en psychologie de la santé*. Presses universitaires de Rennes, 2003 : p. 5-21. En ligne : www.pur-editions.fr/couvertures/1223045972_doc.pdf
- [4] Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2011-216 du 2-12-2011. *Politique éducative de santé dans les territoires académiques*. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640.
- [5] Ministère de l'Éducation nationale. *Socle commun de connaissances et de compétences*. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/cid2770/le-socle-commun-de-connaissanceset-de-competences.html>

En Pays de la Loire, un « cartable des compétences psychosociales » pour les professionnels

Marie-Odile Williamson,
directrice territoriale,
Pôle Loire-Atlantique,
Ireps Pays de la Loire, Nantes.

Depuis 1998, l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) des Pays de la Loire met en œuvre un programme de renforcement des compétences psychosociales des 7-12 ans en milieu scolaire [1], en partenariat avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa). Elle poursuit deux objectifs en parallèle : d'une part, permettre à l'enfant d'identifier, d'analyser et de verbaliser les situations difficiles tout en apprenant à élaborer des réponses adaptées aux problèmes rencontrés ; d'autre part, transférer aux enseignants les savoir-faire pour qu'ils poursuivent seuls ce type de programme (voir encadré).

À l'origine, des formations

La mise en œuvre du programme régional a vite rejoint les préoccupations grandissantes des acteurs du champ éducatif, en particulier celles du « vivre ensemble ». Les compétences psychosociales (CPS) sont devenues le premier sujet de sollicitation de l'Ireps des Pays de la Loire. En 2014, son investissement dans le champ des CPS a été à l'origine de 32 journées de formation qui ont bénéficié à 167 professionnels et permis d'accompagner 35 % des projets. Cet intérêt pour le renforcement des CPS et l'appropriation par les acteurs de terrain se manifeste par des implantations de projets intersectoriels et pluridisciplinaires construits à la demande d'établissements scolaires, de structures de jeunesse, d'élus, de parents.

Les formations « Renforcer les compétences psychosociales des enfants et des pré-adolescents¹ » destinées aux professionnels des secteurs de la santé, du social ou de l'éducation sont d'une durée de trois à six jours. Elles ont pour objectif de permettre à des équipes de s'approprier les concepts et les démarches, avec des allers-retours entre théorie et pratique utilisant les mêmes principes pédagogiques qu'en ateliers avec les enfants : l'expérientiel et l'interactivité pour dominantes. Il s'agit de

se mettre en situation, d'éprouver pour soi-même, de manière à mesurer l'effet de telle ou telle activité chez les enfants. Cela concourt à la fois à l'appropriation, à la bienveillance des futurs intervenants, à une meilleure connaissance d'eux-mêmes, de leurs atouts et limites pour la mise en œuvre ultérieure. Une fois ces étapes réalisées, les professionnels sont en mesure de sélectionner les activités avec lesquelles ils seront à l'aise et qui conviendront le mieux à leur public.

UN PROGRAMME DE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DES 7-12 ANS EN MILIEU SCOLAIRE

Après une phase expérimentale de trois ans, le programme des Pays de la Loire a bénéficié depuis 2001 à près de 7 000 enfants – dont 70 % environ suivent en moyenne dix-huit heures de programme sur deux années consécutives, entre le CE1 et la 5^e – en collaboration avec les enseignants. La mise en œuvre repose sur une organisation régionale structurée, une stratégie d'intervention qui définit les bases méthodologiques et pédagogiques de l'action et un protocole d'évaluation qui met l'accent sur la dimension formative. Les critères d'implantation ont été définis à partir des recommandations des programmes efficaces. L'attention est portée à la construction collective et participative avec la quinzaine d'intervenants. Cette démarche favorise l'adaptation, l'appropriation et, au final, l'innovation. Après une phase d'implantation dans l'établissement scolaire,

les séances sont co-animées par un professionnel de l'éducation pour la santé et l'enseignant. Elles s'appuient sur des méthodes interactives et expérientielles, des contenus adaptés à la maturité des enfants, selon une progression pédagogique. Le taux de satisfaction des élèves varie selon les âges de 62 à 92 %, celui du cycle 3 est le plus élevé de tous. Les taux de satisfaction des enseignants quant à la préparation et la co-animation se situent entre 90 et 97 %. 82 à 94 % jugent que le programme a été bénéfique ou très bénéfique aux enfants. Et 75 à 100 %, selon les années, tirent de cette expérience beaucoup d'éléments positifs qu'ils souhaitent réinvestir dans leur pratique. Une évaluation à distance auprès des enseignants ayant participé au programme depuis cinq ans est en cours.

Ce programme a toujours été reconnu et soutenu tant par l'Éducation nationale que par ses financeurs (successivement la Drass et le conseil régional, puis totalement par l'agence régionale de santé). Il va connaître, à partir de 2015, un nouvel essor et une réorientation plus forte vers les enseignants du premier degré, avec le souci de mieux intégrer les parents.

L'ESSENTIEL

▣ Régulièrement sollicitée par les enseignants et autres professionnels mobilisés pour renforcer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes, l'Ireps Pays de la Loire a conçu un outil pour les guider. ▣ Elle a ainsi capitalisé les savoirs qu'elle avait acquis en mettant en œuvre depuis quinze ans dans la région un programme de renforcement de ces compétences.

Puis une boîte à outils

Le « cartable des compétences psychosociales »² est, à la fois, support à la formation et outil de mise en œuvre du programme par les équipes formées. Il est né, en 2011, de la volonté de partager l'expérience acquise au cours du programme régional.

Conçu sous la forme d'un site Internet, ce cartable a pour objectifs de promouvoir les actions de renforcement des CPS et d'outiller les professionnels tentés par l'expérience d'intégrer ces approches dans leurs pratiques éducatives³. Il est le fruit d'un travail collectif adossé aux productions liées au programme : cahier des charges, référentiel, conducteurs de séances et activités créés ou « copiés-crédés » à partir de programmes ou outils existants. Il est donc conçu comme une boîte à outils et propose trois niveaux de ressources pour les professionnels.

- Pour débiter ou revenir aux sources...

le chapitre « Les CPS en théorie » répond aux questions : les CPS... c'est quoi ? d'où ça vient ? pourquoi les renforcer ? Des questions qui sont régulièrement posées à l'Ireps.

- Pour se plonger dans le sujet... « De la théorie à la pratique » définit les différentes CPS et pose les grands repères méthodologiques et pédagogiques pour mettre en place un projet, construire et animer des séances.

- Pour se lancer dans l'action... « Les CPS en pratique » propose une banque de fiches d'activités et des parcours regroupant une succession de séances. Les parcours présentent deux à trois conducteurs de séances, organisés en progression sur un thème comme les émotions, les qualités ou les in-

fluences... Ils sont des outils « clefs en main » pour mener une animation d'environ une heure.

En 2014, le site a été visité 2 811 fois par 1 653 utilisateurs.

Parole aux utilisateurs

Comment ce cartable est-il utilisé ? Nous avons interrogé deux territoires ruraux en pleine expansion démographique, qui y ont recours. Pour l'un, la dynamique a été initiée par les élus de la communauté de communes, avec une volonté forte de développer une démarche de promotion de la santé des jeunes. Pour l'autre, il s'agit d'une rencontre fructueuse entre un projet d'établissement scolaire et une maison des jeunes.

Le dispositif d'accompagnement de l'Ireps s'est adapté aux demandes : formations répétées de quatre jours des enseignants, CPE, infirmières et animateurs jeunesse, parfois des parents ; conseils méthodologiques sur l'implantation, les animations en classe, l'évaluation ; temps d'échanges de pratiques pour les intervenants en classe. L'originalité des deux expériences menées dans dix collèges ou maisons familiales rurales (MFR), respectivement depuis quatre et cinq ans, est la place fondamentale prise par les animateurs jeunesse, devenus personnes ressources pour les projets, véritables relais entre le « dans et hors » l'école. Dans les deux cas, ils nous disent comment le cartable a été un support important à la mise en œuvre.

Autour de l'implantation : « *Le cartable est une ressource pour présenter aux interlocuteurs institutionnels (élus, responsables de structure, d'établissement scolaire, etc.) les CPS et les exigences méthodologiques* ». Il joue ainsi un rôle de soutien au « plaidoyer ».

Pour les séances auprès des élèves : « *Les conducteurs « clefs en main » sont appréciés au démarrage. Ensuite, les recherches pour construire les séances sont faites en fonction des objectifs déterminés avec les enseignants. Le cartable permet de renouveler les activités, et soutient la créativité et l'adaptation. On y retourne quand on a des doutes ; lorsque l'on se questionne sur la pertinence d'une activité* ». Les intervenants apprécient la

structuration par compétences, la clarté et l'accessibilité, l'aspect intuitif. Ils se sentent ainsi guidés. Le type de rédaction adopté pour les activités ou les conducteurs de séances convient bien aux enseignants. Enfin, il facilite l'implication de nouveaux acteurs qui, n'ayant pas bénéficié de formation, intègrent le projet en intervenant en binôme avec une personne expérimentée.

Une version imprimée du cartable a été remise à chaque établissement pour faciliter la disponibilité des fiches et des supports complémentaires. L'accès aux ordinateurs ou à Internet reste parfois difficile au quotidien en milieu scolaire.

De nouvelles évolutions attendues

À la lumière de ces différentes expériences, le cartable apparaît en Pays de la Loire comme un vecteur de formation ou d'accompagnement à distance en complémentarité des formations en présentiel, soutenant la prise d'autonomie progressive des professionnels.

Le principe du site Internet retenu, en 2010, pour sa souplesse et son adaptation possible aux évolutions des connaissances et des pratiques, nécessite aujourd'hui une actualisation attendue par les utilisateurs. Cet enrichissement aura lieu en 2015, grâce au soutien financier de l'Inpes, avec notamment de nouvelles activités et parcours, des vidéos, un module d'échange avec les internautes et une version totalement téléchargeable. ■

1. www.irepspd.org

2. www.cartablecps.org

3. Les chiffres de consultation sont en hausse régulière depuis la création avec une diffusion large : 15 400 sessions en France en 2014, pour plus de 18 000 au total. Les Pays de la Loire représentent 18 %.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Williamson M.O., Lamour P. En santé à l'école... ou agir pour renforcer les compétences psychosociales de 6 000 enfants scolarisés en Pays de la Loire. *Actualité et dossier en santé publique*, juin 2013, n° 83 : p. 42-45.

Programme Prodas à Marseille : « Créer un contexte favorable à des relations plus positives »

Entretien avec Aurélie Tardy,

conseillère conjugale et familiale,
Planning familial
des Bouches-du-Rhône,
chargée du projet Prodas
(Programme de développement
affectif et social).

La Santé en action :
**Quel est le contexte
qui vous a amené
à expérimenter,
à partir de 2005,
un Programme
de développement
affectif et social
(Prodas) à Marseille ?**

Aurélie Tardy : Ce projet est né d'un constat lors de nos interventions en milieu scolaire (maternelle, primaire et collège), partagé avec d'autres professionnels. Le manque d'écoute chez les enfants, la difficulté à communiquer, les tensions entre les filles et les garçons sont une réalité dans les établissements des quartiers sensibles et interfèrent dans les apprentissages. Le Planning familial a mené une enquête auprès d'enseignants et d'animatrices de prévention dans les zones d'éducation prioritaire (Zep) pour réaliser un état des lieux plus précis. Elle a mis en évidence plusieurs points : des rapports violents entre élèves, l'absence de communication entre eux, leur difficulté à exprimer leur ressenti, une pauvreté du langage, une image d'eux-mêmes dévalorisée. Nous avons donc recherché des outils existants pour aider les jeunes à développer leurs compétences psychosociales. Nous avons identifié le Prodas, un programme de prévention précoce, testé et validé à grande échelle au Québec.

S. A. : En quoi ce programme répondait-il à vos besoins ?

A. T. : Certains comportements sont déjà bien ancrés à l'adolescence, ce qui suppose d'agir en amont. Le Prodas

permet d'intervenir avec les enfants dès l'âge de 4 ans et tout au long de la scolarité. Cette méthodologie éducative vise à prévenir le mal-être et les attitudes violentes en travaillant sur trois facteurs essentiels du développement humain : la conscience de soi, la réalisation de soi et l'interaction sociale.

Concrètement, la séance d'une demi-heure s'organise autour d'un « cercle de parole » régi par des règles que tous les élèves doivent accepter : ne pas couper la parole, ne pas se moquer, ne pas briser le cercle, etc. Puis l'animateur propose un thème qui va permettre de travailler l'un ou l'autre des trois facteurs de développement affectif et social. Par exemple, les enfants sont invités à décrire un lieu où ils se sentent bien, à raconter un moment où ils se sont sentis fiers, à dire ce qu'ils ont fait ayant plu ou déplu à quelqu'un... Le programme est conçu avec des niveaux de progression, si bien que sa réussite dépend beaucoup de la régularité des séances sur le long terme.

S. A. : Comment l'expérimentation s'est-elle déployée et avec quels professionnels ?

A. T. : Il est important que le programme soit animé par les personnes qui sont quotidiennement au contact des enfants, c'est-à-dire les enseignants. D'autant que les capacités sociales et affectives qu'il promeut sont proches de deux compétences du socle commun que les élèves doivent acquérir à l'école : les compétences sociales et civiques, l'autonomie et l'esprit d'initiative. Or, les professeurs n'ont pas forcément été dotés d'outils, dans

L'ESSENTIEL

- En 2013-2014, le programme québécois Prodas a été mis en œuvre à Marseille, dans 56 classes, pour les enfants à partir de 4 ans et les adolescents, en maternelle jusqu'au collège.
- Il repose sur un « cercle de parole » qui permet aux enfants de s'exprimer en respectant un certain nombre de règles sociales.
- L'évaluation du programme met en avant des progrès notables en termes d'empathie, d'estime de soi, d'expression du ressenti et de non-jugement.

leur formation initiale, pour atteindre ces objectifs. Une formation de cinq jours, élaborée par le Planning familial, leur est proposée pour acquérir les notions théoriques et pratiques ; ensuite, nous les accompagnons pendant quinze séances dans leur classe, pour les aider à trouver cette nouvelle posture d'écoute avec leurs élèves. Aujourd'hui, près de 200 enseignants ont été formés.

En 2013-2014, 56 classes ont mis en œuvre le programme, à raison d'une séance hebdomadaire, dont une trentaine sans notre intervention, les professeurs l'animant de façon autonome. Environ 1 700 enfants sont concernés. Le projet est financé par l'agence régionale de santé, le contrat urbain de cohésion sociale, la politique de la ville et le conseil général pour le collège. Il se déploie en partenariat étroit avec l'Éducation nationale, qui

participe au comité de suivi. Pour s'inscrire dans la durée, le programme doit être porté par une dynamique d'école, et pas seulement par quelques enseignants volontaires. La formation Prodas des enseignants s'inscrit dans le plan académique de formation de l'Éducation nationale.

S. A. : Le dispositif donne-t-il des résultats satisfaisants ?

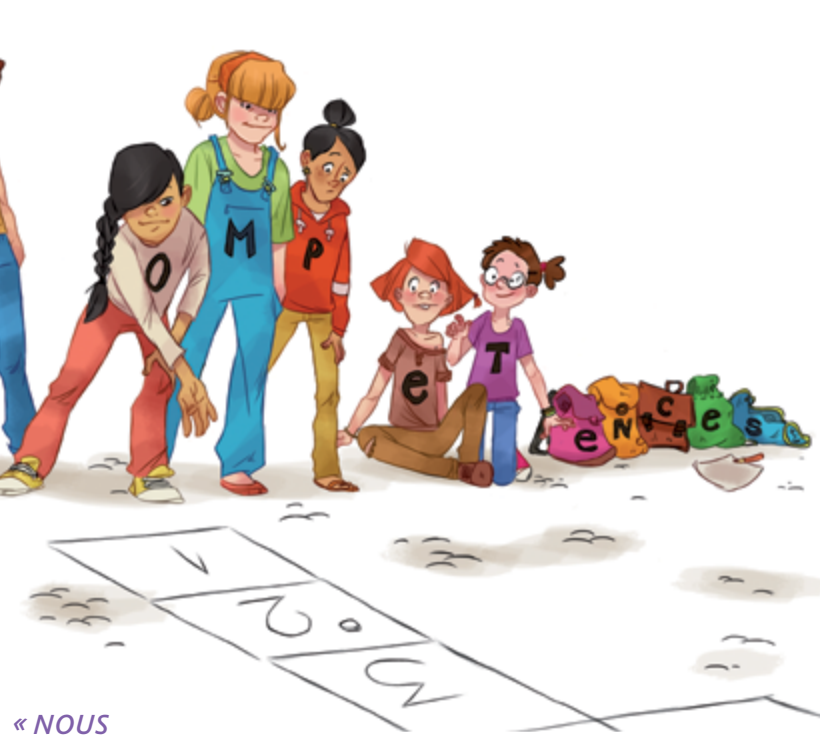
A. T. : Le laboratoire de santé publique de Marseille (service d'évaluation médicale, Pôle de santé publique-Assistance publique hôpitaux de Marseille) a réalisé, en 2013, une évaluation¹, en comparant des classes de CE2 témoins et de CE2 ayant pratiqué le Prodas pendant trois ans. Elle fait état d'une amélioration, notamment des dimensions liées à l'empathie et l'estime de soi, ce qui rejoint nos propres évaluations. C'est notable chez les filles et les enfants timides, qui ont davantage confiance en eux.

En maternelle, les progressions les plus fortes s'observent sur les compétences se situant au plus bas avant le début du programme : expression du ressenti, estime de soi, non-jugement.

En élémentaire, l'ensemble des enfants progresse, même si les niveaux apparaissent disparates ; ce sont les qualités d'écoute et de non-jugement qui se sont le plus développées. Cela ne veut pas dire que les violences dans la cour, l'indiscipline en classe, les tensions entre les filles et les garçons ont complètement disparu ; le Prodas n'est pas une baguette magique. Mais il répond au problème initial, en créant un contexte favorable à des relations plus positives entre élèves mais aussi entre enseignants et enfants. On note une meilleure ambiance de classe, davantage de solidarité entre les élèves, une gestion des conflits par la parole, etc. C'est un outil fiable de développement des compétences psychosociales des enfants.

S. A. : Rencontrez-vous des difficultés dans sa mise en œuvre ?

A. T. : Le principal problème est de faire vivre le projet dans la durée. La motivation des enseignants, aux prises



« NOUS ACCOMPAGNONS LES ENSEIGNANTS POUR LES AIDER À TROUVER CETTE NOUVELLE POSTURE D'ÉCOUTE AVEC LEURS ÉLÈVES. »

avec des programmes scolaires chargés, n'est pas en cause. Le *turn-over* des équipes pédagogiques peut essouffler une dynamique d'école ; des enseignants que nous avons formés s'en vont ailleurs et il faut tout recommencer. Par ailleurs, les réductions de moyens au sein de l'Éducation nationale ont fragilisé le programme. Il n'est pas toujours aisé d'organiser le remplacement des professeurs afin qu'ils puissent participer à la formation et aux deux journées annuelles de régulation qui permettent un nécessaire retour d'expérience. Depuis trois ans, les postes d'assistants pédagogiques ont été supprimés dans les écoles primaires des Bouches-du-Rhône. Or, ces personnels étaient essentiels pour que les séances se déroulent avec une demi-classe, donnant ainsi plus de temps de parole.

Cette situation nous a conduits à repenser le programme pour qu'il fonctionne avec une classe entière ; il a fallu imaginer de nouvelles configurations du cercle de parole, puis accompagner dans cette nouvelle organisation les enseignants qui avaient déjà été formés. Ce moment a été assez déstabilisant pour le projet.

S. A. : Quels sont les perspectives d'avenir pour le Prodas ?

A. T. : Les partenaires financiers, réunis dans le comité de suivi, soutiennent le projet et nous disent s'inscrire dans une logique de pérennité. Nous explorons plusieurs pistes pour améliorer, conforter, voire étendre le dispositif. Nous avons fait des propositions pour qu'un module de sensibilisation au Prodas soit intégré à la formation initiale des enseignants ; ils pourraient ainsi adopter cette approche dans leur pratique quotidienne. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.

1. Résultats de l'évaluation de ce programme dans le cadre du projet « La santé à Saint-Mauront Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »

L'éducateur en promotion de la santé, un tuteur de résilience ?

Corinne Roehrig,
médecin de santé publique,
thérapeute familiale,
Comité départemental
d'éducation pour la santé
des Alpes-Maritimes, Nice.

La carte n'est pas le territoire, elle n'est qu'une représentation de la réalité. Nos modèles et théories illustrent et articulent nos représentations de

l'homme dans la société, à un moment donné ; ils construisent, au fil des époques, un modèle du monde qui nous influence à bas bruit. Détricoter les théories, les tordre, les comparer, passer de l'implicite à l'explicite sont autant d'analyses qui permettent de mieux comprendre comment atteindre, en pratique, les objectifs qu'elles fixent.

Promotion de la santé, résilience : des révolutions parallèles

La prévention instruisait l'individu des facteurs de risque, ou pathogènes, à éviter. Elle a laissé la place à la promotion de la santé, qui vise les facteurs de protection, ou salutogènes (*facteurs qui conditionnent une « bonne santé », ndlr*), pour les renforcer. Faire la distinction entre les deux conceptions est capital, car elles reposent sur des stratégies opposées. « *Le terme éduquer – faire sortir de – suggère une dynamique symétriquement opposée à instruire – faire entrer des connaissances [1].* L'instruction présume l'adhésion au choix d'une autorité externe. L'éducation présage un choix par conviction interne.

Dans le champ de la santé mentale, un bouleversement parallèle s'est ouvert avec la résilience, cette capacité à rebondir et se reconstruire malgré les traumatismes. « *D'abord un mode de raisonnement, un renversement de l'état d'esprit habituel des professionnels. Nous avons, en effet, l'habitude de repérer le déficit, l'anomalie,*

la défaillance, les troubles, alors qu'avec la résilience on vise à repérer les compétences, les ressources, les potentialités et à les amplifier » [2].

Un développement dans l'interaction

La promotion de la santé et la résilience ne sont pas des états fixés et déterminés, ce sont des processus qui se tissent dans le cadre d'une relation. « *La résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui... Il est surtout question de transactions, d'interactions entre celui qui souffre et son environnement. Ce n'est qu'en prenant appui sur des ressources externes que les ressources internes d'un individu peuvent se mobiliser, croître et s'enrichir. B. Cyrulnik [3] l'a bien démontré avec la notion de tuteur de résilience* » [4].

Ces principes sont particulièrement signifiants dans la valorisation de l'estime de soi et des compétences psychosociales. Il est impossible de décomposer mécaniquement la gestion des émotions comme on énonce les méfaits du tabac. Il est impensable d'envisager l'enseignement magistral de la formule qui mène à l'esprit critique, ou encore moins de réduire en équations la conscience de soi. Pour caractériser le processus à l'œuvre en promotion de la santé, il faut chercher d'autres mots, parler d'engagement, d'alliance pédagogique, de rencontre : le principal outil du formateur, c'est lui-même. Serait-il un tuteur de résilience qui s'ignore ?

Les attitudes des tuteurs de résilience

Le tuteur de résilience est à côté du sujet, il l'accompagne dans son développement sans jamais se subs-

tituer à lui. Ses « *bonnes pratiques* » [5] comprennent l'empathie, l'intérêt prioritaire aux côtés positifs de la personne, la valorisation de l'estime de soi, la modestie et le respect du style et de la vitesse du parcours évolutif de chacun. Toutes ces attitudes font partie intégrante des stratégies de la promotion de la santé qui met en place les conditions de développement des capacités du sujet en le prenant pour référence, en tenant compte de ses désirs, de ses émotions et de ses perceptions.

Au chapitre des compétences techniques qui permettent à l'éducateur pour la santé d'atteindre l'objectif de valorisation des facteurs de protection, on trouve ainsi :

- un savoir actualisé sur les concepts et les outils pédagogiques ;
- un savoir-faire dans l'animation, tout particulièrement la maîtrise de règles de communication fondamentales :
 - une attitude corporelle de réception et d'accueil ;
 - une sensibilité à la communication non verbale ;
 - une congruence : ce que j'exprime reflète ce que je ressens ;
 - des renforcements positifs.

Un présupposé humaniste et éthique commun

Toutefois, s'en tenir à cette analyse des « *bonnes postures* » du professionnel serait négliger l'essentiel. Plus profondément, résilience et promotion de la santé partagent le présupposé humaniste et éthique de « *l'acceptation et du regard optimiste porté sur la personne* » [6], la conviction que chaque être humain possède des qualités et des ressources.

Pour convertir ce présupposé en actes, il faut s'engager en connaissance de cause. Avant tout interroger, voire bousculer ses représentations, ses motivations intimes, connaître et comprendre les enjeux et les limites d'une intervention *éducative* qui entend, ambitieusement, accompagner un individu à mieux se connaître et progresser.

Mesurer l'impact potentiel de son intervention, ou son absence d'impact, et s'engager, malgré tout, c'est-à-dire commencer, se lancer, être lié par une promesse implicite, porter à l'autre un regard bienveillant, bientraitant, léger, non jugeant, non intrusif, respectueux. Croire aux possibles de l'autre, et abandonner le « *je sais ce qui est bon pour toi* » au profit du « *je serai à tes côtés car ma conviction intime est que tu peux le faire* ».

La posture de l'animateur est consciemment active. Elle construit l'alliance pédagogique, qui tricote le filet protecteur de la rencontre. Elle s'accompagne de deux qualités complémentaires :

- la capacité à se centrer sur l'autre : l'intérêt n'est pas de partager ses idées, ses stratégies, mais bien de faire émerger celles de l'autre ;
- la capacité à faire un pas de côté : c'est une manière imagée d'envisager la même attitude. Le tuteur de résilience est à côté, il supporte sans faire d'ombre ni créer de pression.

Au cœur de la rencontre, l'éthique relationnelle

Cette éthique commune se concentre encore dans la dimension de l'éthique relationnelle [7] ou « justice des relations », fondée sur deux pôles : réciprocité et équité, équilibre entre le donné et le reçu dans la relation, base de la confiance réciproque. « *L'éthique relationnelle, c'est la responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, c'est le fait de prendre l'autre en compte* » [8].

L'éthique relationnelle est faite de sensibilité, c'est comprendre et se taire, c'est provoquer la participation, interpellé, proposer, surprendre, pour aider le sujet à se questionner et se repositionner. C'est être authentique dans l'échange, tresser, le temps d'un atelier pédagogique, une histoire commune à laquelle il est possible de donner du

crédit. C'est tendre un miroir turbulent, qui ne reflète pas exactement la même réalité, mais ouvre la carte du monde vers d'autres paysages.

C'est aussi accepter un certain degré d'impuissance ; faire ce que l'on peut, et seulement ce que l'on peut. Être responsable des moyens, et seulement des moyens mis en œuvre, en conscience. Faire la différence entre ce que l'on peut changer et ce que l'on ne peut pas changer, respecter le parcours et la vitesse de chacun, se résigner à ne pas, ou jamais, voir les résultats éventuels de l'action menée. « *Rappelons-nous cette leçon : les tuteurs de résilience ignorent souvent qu'ils le sont... Certains sont parfois récompensés plus tard... Quand quelqu'un vient témoigner du rôle important tenu dans leur parcours, des années auparavant* » [5].

Développer l'estime de soi et les compétences psychosociales est un objectif ambitieux, ne se fait pas en une heure, c'est un travail de longue haleine dont les effets se feront sentir sur le long terme.

En conclusion, on peut paraphraser Molière [9] et affirmer que promotion de la santé et résilience ont bien, *sans le savoir, une prose commune, et qu'un*

L'ESSENTIEL

- Pour soutenir une personne dans le développement de ses compétences psychosociales, l'essentiel est de l'accepter en tant que personne et de porter sur elle un regard bienveillant.
- En portant un tel regard, le professionnel soutient les capacités de résilience de la personne.
- C'est ce que le docteur Corinne Roehrig définit comme « croire aux possibles de l'autre ».

acteur de la promotion de la santé emprunte de nombreux traits, attitudes et objectifs au tuteur de résilience.

L'essentiel de leur proximité et de leur parenté réside dans leur regard d'espoir, optimiste, valorisant, dans la bienveillance et l'empathie qu'ils développent, consciemment, avec persévérance et conviction. Toute relation est une rencontre, comme le résume ici Boris Cyrulnik : « *Les mots sont des morceaux d'affection qui transportent, parfois, un peu d'information* ». ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Michard J.-L. Quand l'école parle de compétences en matière d'éducation à la santé. *La Santé de l'homme*, 2010, n° 407 : p. 18-19. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf
- [2] Delage M. Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien ? *Thérapie Familiale*, 2004, vol. 25, n° 3 : p. 339-347. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=TF_043_0339
- [3] Cyrulnik B. Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience. In : Cyrulnik B., Seron C. *La résilience ou comment renaître de sa souffrance*. Paris : éditions Fabert, coll. Penser le monde de l'enfant, 2003 : p. 23-43.
- [4] Delage M. Promouvoir la résilience : la démarche écosystémique. *Thérapie familiale*, 2014, vol. 35, n° 2 : p. 177-192. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=TF_142_0177

- [5] Lecomte J. Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmiers*, 2005, n° 82 : p. 22-25. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RSI_082_0022
- [6] Vanistendael S., Lecomte J. *Le bonheur est toujours possible, construire la résilience*. Paris : Bayard éditions, coll. Psychologie, 2000 : 223 p.
- [7] Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. La confiance comme base thérapeutique : la méthode contextuelle. *Dialogue*, 1991, n° 111 : p. 3-20.
- [8] Michard P. Qu'est-ce que l'éthique relationnelle ? In : Michard P. *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy. Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*. Paris : De Boeck Supérieur, coll. Carrefour des psychothérapies, 2005 : 362 p.
- [9] Molière. *Le Bourgeois Gentilhomme*. 1^{ère} éd., 1670 : 57 p.

Un cadre de référence pour développer les compétences psychosociales à l'École

Sandrine Broussouloux, chargée d'expertise en promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes, **Yves Léal,** maître de conférences en Sciences de l'éducation, Espé de l'académie de Toulouse, université de Toulouse 2 Le Mirail.

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

pose sur une conception large de la santé qui comprend les dimensions physiologiques, psychologiques, sociales et environnementales, et sur une prise en compte active des déterminants de la santé. Ainsi, c'est bien

La finalité de la promotion de la santé est de rendre les élèves acteurs de leur santé, respectueux de celle des autres et de leur environnement. Dans ce domaine, l'approche globale a démontré son efficacité [1]. Elle repose

l'ensemble de la communauté éducative qui est concerné par sa mise en œuvre au sein des établissements scolaires¹, et non les seuls personnels de santé.

La place des enseignants : freins identifiés et leviers institutionnels

Si les études pointent la participation des enseignants comme étant un des facteurs d'efficacité de la promotion de la santé en milieu scolaire, celle-ci ne va pourtant pas de soi. Les freins sont de plusieurs ordres. Leur implication est fortement corrélée à la représentation qu'ils ont de la santé et aux formations dont ils ont pu bénéficier sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé [2]. Ceux qui ont pu être sensibilisés, voire formés

aux questions de promotion de la santé et à une approche plus holistique de la santé, s'impliquent davantage car, dans ce cas, le lien entre éducation et santé leur apparaît plus clairement.

De plus, certains thèmes abordés dans le cadre de l'éducation à la santé peuvent placer les enseignants dans une position inconfortable, car les pratiques vécues dans la sphère privée peuvent entrer en opposition avec le discours de l'enseignant, créant des situations de tension dans la relation École-famille. Bien souvent, par prudence, l'enseignant cantonne ses interventions à un niveau informatif et consensuel, augurant peu d'évolution dans les attitudes présentes ou futures des jeunes. Or, sur le plan pédagogique, les modalités d'intervention préconisées dans le domaine des « éducations à » sont parfois éloignées des pratiques d'enseignement mises en œuvre dans le cadre des disciplines scolaires. Dans le second degré, davantage que dans le primaire, de nombreux enseignants ne sont pas prêts à engager une nouvelle forme de relation avec les élèves, trop éloignée de leur actuelle posture professionnelle.

D'autres freins tiennent à l'organisation de l'enseignement. Le temps de travail de l'enseignant se structure avant tout autour des programmes scolaires qui doivent pouvoir être étudiés de façon satisfaisante sur le temps imparti pendant l'année scolaire. L'éducation à la santé conçue institutionnellement comme une mission transversale des enseignants, ne bénéficie actuellement pas dans les établissements des conditions nécessaires à cette mise en œuvre.



L'ESSENTIEL

-
- Un groupe d'experts a rédigé un document de référence sur la place des enseignants dans le développement de la promotion de la santé dans les établissements scolaires.
- La participation des enseignants ne va pas de soi et se heurte à des difficultés.
- Toutefois, des évolutions récentes du système éducatif pourraient faciliter un parcours éducatif des élèves s'adossant plus largement aux compétences psychosociales.

Des évolutions récentes du système éducatif sont à même de venir atténuer certains des freins identifiés. La loi de refondation de l'École [3] dessine les contours d'un nouveau contexte en réaffirmant que la politique éducative et la politique de santé sont liées et contribuent ensemble à la réussite scolaire des élèves et à la réduction des inégalités sociales et de santé. La mise en place d'un parcours éducatif de santé [4] permettra de concrétiser ce lien auprès des élèves. Ce dernier sera basé sur le Socle commun² et les programmes scolaires, et a vocation à s'articuler autour de plusieurs axes :

- l'éducation à la santé fondée sur le développement des compétences psychosociales (CPS) à travers les disciplines d'enseignement ;
- la prévention des conduites à risque, conduites addictives, etc. ;
- la protection de la santé et le développement d'un environnement favorable à la santé et au bien-être ;
- les visites médicales et de dépistages.

Si l'éducation à la santé peut prendre plusieurs formes (séances d'information sur des thématiques de santé, promotion de l'activité physique, etc.), elle nécessite de s'inscrire de manière itérative dans un parcours éducatif des élèves, les CPS en constituant une base fondamentale.

Sur le plan institutionnel, développer la maîtrise des compétences fait partie des missions de l'École, au même titre que la transmission de savoirs fondamentaux. Ces compétences sont en lien avec le vivre ensemble, la citoyenneté et la réussite scolaire.

Intégrer les CPS en milieu scolaire : fondements et enjeux

CPS et promotion de la santé : une efficacité démontrée

Différents pays ont intégré dans le curriculum scolaire des élèves des contenus fondés sur le développement des CPS. En Alberta, au Canada, cette intégration se légitime par des études scientifiques qui montrent le lien entre le développement de compétences personnelles et relationnelles favorables au bien-être : « *Les études ont montré que les programmes de qualité liés au bien-être ont un effet favorable sur la santé des enfants et des jeunes, notamment en réduisant le risque d'obésité et de maladies cardio-vasculaires, et en favorisant la santé psychosociale et la réussite scolaire* » [5-7]. L'approche globale apparaît, par ailleurs, la démarche la plus efficace pour agir sur le comportement de santé des élèves : « *L'expérience montre que la meilleure façon d'influer sur les comportements de santé des élèves repose sur l'approche globale de la santé en milieu scolaire* » [8]. En 2006, l'Organisation mondiale de la santé a effectué une synthèse à partir de nombreuses publications

scientifiques portant sur l'approche globale dans les écoles. Concernant le bien-être mental (*mental health*), les programmes fondés sur les principes de la promotion de la santé se sont avérés les plus efficaces. Les auteurs avancent l'idée que le bien-être mental représente un déterminant important à la base de nombreux comportements de santé [8].

CPS : une entrée commune à tous les membres de l'équipe éducative

Au cours d'une journée scolaire, l'élève est placé principalement sous la responsabilité d'enseignants, d'assistants d'éducation et de conseillers principaux d'éducation (second degré). Pour l'élève, le passage d'une responsabilité à l'autre s'accompagne bien souvent d'une redéfinition implicite d'un ensemble de règles relatives à ses droits, ses devoirs, à la nature et la forme de la communication avec l'adulte, ou bien encore à l'occupation des locaux. L'élève est confronté à un morcellement du temps scolaire. Cette fragmentation peut aussi parfois être vécue comme peu cohérente voire peu sécurisante. Le développement

« RÉFÉRENCES POUR UN PARCOURS ÉDUCATIF DE SANTÉ : APPORT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES »

La Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ont copiloté un projet relatif à la participation et la place des enseignants dans le développement de la promotion de la santé dans les établissements scolaires. L'objectif était de produire un document de cadrage général qui permette de faire le lien entre :

- le développement des compétences psychosociales telles que définies par l'Organisation mondiale de la santé ;
- les compétences disciplinaires telles qu'indiquées dans les programmes scolaires ;
- les pratiques de classe et la vie de l'établissement scolaire (cours de récréation, pause méridienne, etc.) ;

- et les capacités cognitives des élèves en fonction de leur âge.

Un groupe de travail associant des personnels de santé de l'Éducation nationale, des enseignants et des formateurs a défini la trame du document. Ces travaux ont servi de base à la rédaction d'un texte soumis à de nombreux relecteurs appartenant tant à l'Éducation nationale qu'au champ de la santé publique. L'Inspection générale de l'Éducation nationale (IGÉN) a ensuite été sollicitée avant d'aboutir à une version finalisée du document.

« *Références pour un parcours éducatif de santé* » pourrait servir de base pour construire des formations aux compétences psychosociales à destination des enseignants et nourrir la réflexion en cours sur l'élaboration des nouveaux programmes disciplinaires. Ce cadre de référence a été transmis au ministère de l'Éducation nationale qui statuera, avec les organismes compétents, sur la suite à donner à ces préconisations.



des CPS représente un enjeu éducatif partagé par l'ensemble des acteurs de la communauté éducative, susceptible de fédérer transversalement un projet éducatif associant tous les personnels de l'établissement. L'objectif d'un tel projet est avant tout de réunir les personnels autour d'une mission commune, favoriser l'épanouissement personnel et social des élèves dans une visée émancipatrice et citoyenne. Nul doute que cette réflexion sur l'intégration des CPS dans chaque moment de vie de l'école aura des incidences sur de nombreux autres déterminants de la vie scolaire.

CPS : une approche transversale du projet d'éducation à la santé

S'inscrire dans une approche globale de l'élève dans l'établissement scolaire permet non seulement que chacun s'approprie le projet mais aussi d'élargir son assise vers les autres univers éducatifs de l'élève, la famille et le secteur associatif. La dimension communautaire des projets d'éducation à la santé apparaît en effet comme un facteur déterminant dans l'évolution

des comportements des jeunes. Plus il rencontre dans son milieu de vie des adultes porteurs d'un discours et d'attitudes cohérentes, plus ses choix seront adaptés aux enjeux de santé. Dans le cadre scolaire, cette visée transversale concerne tous les enseignants quels que soient leur niveau et leur discipline d'enseignement.

Intégrer les CPS dans le système éducatif : quelle transposition pédagogique ?

Dans différents États du Canada et des États-Unis, un programme d'enseignement fondé sur le développement des CPS est proposé aux élèves. Dans les séances de classe, la compétence est travaillée en elle-même. Par exemple, l'élève peut être amené à rédiger un petit texte expliquant pourquoi il apprécie son corps (CPS avoir conscience de soi) ou à dire un compliment à un autre élève (CPS être capable d'établir des relations interpersonnelles).

En France, cette démarche d'apprentissage est à transposer en prenant en compte les spécificités de notre système éducatif. Tout d'abord, les

« éducations à » ne constituent pas une nouvelle discipline mais sont abordées dans l'ensemble des enseignements obligatoires. Ainsi, c'est à la fois au travers des compétences disciplinaires et dans la relation établie avec les élèves que se travaillent les CPS.

L'analyse des textes officiels permet d'identifier dans chaque discipline et pour chaque niveau scolaire de nombreux savoirs soit directement liés à une CPS soit y contribuant de manière très significative. Par exemple, le domaine 5 du projet de Socle commun de connaissances, de compétences et de culture (juin 2014) précise à propos de la démarche scientifique : « Cette démarche, mise en valeur par la pratique de l'observation et de l'expérimentation, développe à la fois l'esprit critique et la rigueur, le goût de la recherche et de la manipulation, ainsi que la curiosité et la créativité ». Nous pouvons associer à cet intitulé un travail sur la CPS « avoir une pensée critique - avoir une pensée créative ». C'est donc réellement au travers de ses contenus d'enseignement que le professeur participe à l'affirmation des CPS chez les élèves.



pédagogiques aidant à l'implication personnelle et sociale des élèves, est en mesure de favoriser l'acquisition par les élèves de toutes les compétences psychosociales. ■

1. Afin de fluidifier la lecture de l'article l'expression « établissement scolaire » recouvre à la fois les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement.

2. Cf. le texte du « Socle commun de connaissances et de compétences » (2006), compétences 5 et 7 en particulier, ainsi que le projet de « Socle commun de connaissances, de compétences et de culture », publié sur le site du Conseil supérieur des programmes en juin 2014. En ligne : cache.media.eduscol.education.fr/file/socle_commun/00/0/socle-commun-decret_162000.pdf cache.media.education.gouv.fr/file/Organismes/47/7/CSP_-_Projet_de_socle_commun_de_connaissances_de_compетенces_et_de_culture_334477.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] St Leger L., Nutbeam D. Les milieux 2 : la promotion de la santé à l'école. In : *L'efficacité de la promotion de la santé. Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*. Rapport de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé pour la Commission européenne. Bruxelles : Commission européenne, 1999 : p. 125-138.

[2] Jourdan D., Picot I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M., Laquet-Riffaud A., et al. Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, 2002, vol. 14, n° 4 : p. 403-423. En ligne : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=SPUB_024_0403

[3] Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. JORF n°0157 du 9 juillet 2013.

[4] Article. L 541-1 du Code de l'éducation.

[5] Veugelers P.J., Fitzgerald A.L. Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: A multilevel comparison. *American Journal of Public Health*, 2005, vol. 95, n° 3 : p. 432-435. En ligne : ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2004.045898

[6] O'Dea J.A. School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: an overview of safe and effective interventions. *Health Education*, 2005, vol. 105, n° 1 : p. 11-33.

[7] Tremblay M.S., Inman J.W., Willms J.D. The relationship between physical activity, self-esteem, and academic achievement in 12-year-old children. *Pediatric Exercise Science*, 2000, vol. 12, n° 3 : p. 312-324.

[8] Stewart-Brown S. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006 : 26 p. En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>

[9] *Référentiel de compétences des enseignants*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale (BOEN) du 25 juillet 2013. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/cid73215/le-referentiel-de-competences-des-enseignants-au-bo-du-25-juillet-2013.html>

Une autre de ses contributions relève de choix pédagogiques qui peuvent concerner tous les enseignants. Parmi celles-là, l'évaluation pensée et conçue dans la perspective de la loi d'orientation de juillet 2013 peut être un levier intéressant pour un travail sur la conscience de soi ou la prise de décision : « *Les modalités de la notation des élèves doivent évoluer pour éviter une notation-sanction à faible valeur pédagogique et privilégier une évaluation positive, simple et lisible, valorisant les progrès, encourageant les initiatives et compréhensible par les familles* ». Les travaux de groupe tels que définis dans le référentiel de compétences des enseignants [9] – « *organiser et assurer un mode de fonctionnement du groupe favorisant l'apprentissage et la socialisation des élèves* », « *favoriser la participation et l'implication de tous les élèves et créer une dynamique d'échanges et de collaboration entre pairs* » – sont autant d'occasion d'exercer les capacités d'empathie pour les autres, ou la bonne communication.

Il ressort de cette analyse que la complémentarité des compétences disciplinaires travaillées à l'École, lorsqu'elle est associée à des dispositifs



En Rhône-Alpes, une recherche-intervention pour former les professionnels

Carine Simar,

maître de conférences en sciences de l'éducation, Espé Lyon 1,

Mabrouk Nekaa,

infirmier conseiller technique, formateur, rectorat de Lyon,

Damien Tessier,

maître de conférences en sciences et techniques des activités

physiques et sportives (Staps),

université Joseph-Fourier,

Espé Grenoble 1,

Dominique Berger,

psychologue, professeur

des universités en sciences

de l'éducation, Espé Lyon 1 –

Laboratoire ACTé EA 4281.

« **P**romotion de la santé des enfants par le renforcement des compétences » est un dispositif de recherche-intervention à l'interface des domaines de l'éducation et de la santé publique. Il s'agit de permettre le développement des compétences psychosociales (CPS) des enfants de 7 à 12 ans par la formation

et l'accompagnement des professionnels impliqués dans les communautés scolaires (écoles primaires et collèges) sur cinq territoires différents en Rhône-Alpes¹.

Ce projet actuellement en cours de développement (état des lieux, diagnostics locaux et premières formations) s'inscrit dans le Projet régional de santé (PRS) de l'Agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes (2012-2017), notamment dans l'axe 2 : accès à une offre en santé adaptée et efficiente, orientation 3 : développer chez l'enfant et l'adolescent les capacités à faire des choix favorables à leur santé et à leur bien-être, action 1 : développer chez l'enfant, avant l'adolescence, les compétences personnelles et sociales en favorisant une approche de santé globale.

Outre l'adéquation de ce dispositif avec les priorités de santé définies en Rhône-Alpes, il converge avec la

politique de l'Éducation nationale (circulaire 2011 « relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques », développement d'un parcours éducatif à l'échelon national, etc.) et les différentes initiatives soutenues et développées plus localement (exemple : projet Abma « Aller bien pour mieux apprendre » – rectorat de Lyon/Inpes [1] ou du projet Hepcom « Prévention du surpoids et de l'obésité auprès des enfants et des adolescents » – projet européen/université Blaise Pascal – Lyon 1/CBO)².

Un accompagnement régulier

La coordination de l'intervention est assurée par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Rhône-Alpes³, en partenariat avec les rectorats de Lyon et de Grenoble, tandis que le volet scientifique est coordonné par l'École supérieure du professorat et de l'éducation (Espé) de l'académie de Lyon⁴. Ce dispositif de recherche-intervention bénéficie d'un soutien de l'ARS Rhône-Alpes. Des comités de pilotage régionaux et locaux permettent d'assurer régulièrement la gestion et le suivi du projet. En outre, le soutien aux équipes se traduit par la tenue, annuellement, de deux temps forts qui permettent de faire le point sur le projet, proposer des régulations et définir des perspectives aussi bien du point de vue de l'intervention que de la recherche (journée des coordinateurs et séminaire scientifique).

Du point de vue de l'intervention, la mise en œuvre est assurée par un coordinateur appartenant à l'Ireps, en

collaboration avec des référents issus de l'école et hors l'école. Le travail initial (2013-2014) a consisté à réaliser un diagnostic partagé et négocié avec les professionnels des sites visés, afin d'identifier leurs besoins en référence à la thématique « CPS » au regard des enjeux de leur territoire, de leurs structures et de leurs pratiques avec comme objectifs d'accompagner et de former les équipes au plus près de leurs besoins.

Mobiliser les professionnels

La notion de CPS présente la caractéristique d'être promue dans de nombreuses revues de littérature [2-5] mais également dans le discours des professionnels du champ. Les actions en promotion de la santé en milieu scolaire sont d'autant plus efficaces qu'elles sont multifactorielles, globales et construites sur le long terme. En effet, la synthèse de l'Organisation mondiale de la santé [4] souligne que pour être efficace, une action doit inclure des activités dans plus d'un domaine relatif à la santé et tendre

L'ESSENTIEL

■ **La littérature scientifique démontre qu'il faut prendre en compte toutes les dimensions de la vie de l'élève pour développer ses compétences psychosociales.**

■ **Cette recherche-intervention vise à accompagner et former les équipes éducatives au plus près de leurs besoins et de leurs contextes.**



vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'élève. À l'échelon des écoles, l'environnement scolaire, les relations, la qualité de vie et le climat d'établissement sont aussi identifiés comme des déterminants majeurs. Les autres travaux vont dans le même sens et soulignent que les éléments-clés sont la durée de l'action, le travail collectif, le soutien institutionnel, la formation et l'accompagnement des acteurs ainsi que la mise en œuvre d'une approche globale centrée sur le développement des compétences sociales [6].

Pour autant, force est de constater que, d'une part, les professionnels rencontrent des difficultés pour développer des pratiques globales promotrices de santé [7] et, d'autre part, la mise en œuvre de projets en promotion de la santé notamment basés sur la formation et l'accompagnement est une question complexe [8-10]. En effet, la littérature scientifique souligne que les professionnels investissent les projets de promotion de la santé avec une intensité variable [11] et que le degré de mise en œuvre est également très variable et tend à décroître au cours du temps [12]. Sur la base de ces données, la mobilisation des professionnels dans la promotion de la santé et le développement de dynamiques collectives de travail sont considérés comme des éléments contribuant à la création des conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves [13].

Décrypter les mécanismes d'action

Ce dispositif a été pensé initialement dans une perspective de recherche-intervention selon C. Mérini et P. Ponté [14], dans le sens où plusieurs éléments ont fait l'objet de négociation entre chercheurs et acteurs du projet (objets de recherche, modalités de recueil et d'analyse, etc.). À travers ce dispositif, il s'agit d'identifier et de comprendre les mécanismes qui sous-tendent le développement de la promotion de la santé dans et hors l'école, *via* le développement des CPS des jeunes, par la formation et l'accompagnement des professionnels sur chaque site.

Trois axes de recherches ont ainsi été définis :

- analyser l'activité des professionnels dans et hors l'école en matière de promotion de la santé et particulièrement en lien avec les CPS ;
- analyser les dynamiques collectives de travail des différents sites ;
- évaluer et analyser le développement des CPS et le bien-être des jeunes.

Cette recherche-intervention s'inscrit dans une perspective pluridisciplinaire (psychologie ergonomique, psychologie sociale et sociologie des organisations), mobilise des méthodes mixtes de recherche [15] et respecte un cadre éthique strict de recherche.

Du point de vue théorique, les pratiques individuelles des professionnels en lien avec les CPS seront analysées

à travers le prisme de la psychologie ergonomique qui distingue le « travail prescrit du travail réel » et interroge « l'écart » qui peut en résulter [16]. L'activité est ainsi analysée à partir des redéfinitions opérées par les professionnels depuis la tâche prescrite à l'idée qu'ils ont de ce qu'ils ont à faire (tâche représentée) jusque leur tâche réalisée [17].

Les pratiques collectives sont, quant à elles, analysées dans la perspective de la sociologie des organisations et vise à comprendre la façon dont les réseaux d'ouverture de collaboration vont se structurer [13].

Enfin, le développement des CPS des enfants sera appréhendé à la lumière de modèles sociocognitifs contemporains issus la psychologie sociale. L'analyse de la littérature scientifique portant sur les CPS a révélé l'absence d'outils fiables et valides permettant de les mesurer. Ainsi, la première ambition sur cet axe du projet a été de construire et de valider une échelle de mesure des CPS.

Une analyse élargie et approfondie de la littérature a permis de dégager deux dimensions :

- *les facteurs psychosociaux*, tels que l'estime de soi [18], le sentiment d'auto-efficacité [19] ou la motivation autodéterminée [20], qui favorisent la mobilisation des CPS ;
- *les capacités cognitives*, affectives et sociales que recèlent les CPS et qui renvoient à une variété de concepts tels que les stratégies d'autorégulation [21], l'intelligence émotionnelle [22], les stratégies de *coping* [23], ou les compétences sociales [24]. Ces facteurs psychosociaux et ces capacités cognitives, affectives et sociales feront l'objet de mesures répétées tout au long du projet afin d'examiner l'évolution de leur intégration et maîtrise par les enfants au cours du temps.

Conclusion et perspectives

La première année du projet a consisté à analyser les pratiques initiales individuelles des professionnels en matière de CPS (45 entretiens et observations ont été réalisés à deux temps différents, auprès des acteurs régionaux et locaux) et les pratiques collectives par site (93 traces écrites, anonymées, classées et répertoriées

– mail, compte-rendu, observation, préparation d'action, courrier). Une première échelle de mesure des CPS adaptée aux enfants âgés de 7 à 12 ans a été élaborée et testée (pré-test/re-test) auprès de 153 élèves issus de 8 classes de CM1 et de CM2. Toutefois, la validité de cette dernière n'a pu être démontrée tant le concept de CPS est difficile à cerner. Cette première tentative a permis de faire progresser les réflexions et d'initier des convergences, entre professionnels et chercheurs, en vue de l'établissement d'un cadre commun pour appréhender le concept de compétences psychosociales.

Le travail déjà entrepris sur la deuxième année atteste d'une montée en puissance du projet. L'analyse des données recueillies lors de la première année ainsi que les retours d'expérience des coordonnateurs et référents ont permis de mieux cerner les prérogatives de chacun au sein du projet. Les formations programmées des professionnels dans et hors l'école vont permettre de les aider à intégrer le développement des CPS au sein de leurs contenus et pratiques quotidiennes. Une nouvelle échelle de mesure des CPS va être testée. Enfin, l'établissement d'un cadre définissant les modalités d'intervention et d'évaluation de ces interventions est en cours sur chacun des sites.

1. Territoires retenus : Saint-Denis-lès-Bourg (01), Crest (26), Beaurepaire (38), Unieux (42), Annecy Les Teppes/Novel (74).

2. Site Internet du projet (en langue française) : <http://hepcom.eu/fr>

3. Coordinatrice de l'intervention : Gwenaëlle Blanc (gwenaelle.blanc@education-sante-ra.org)

4. Coordination scientifique : Carine Simar, maître de conférences en sciences de l'éducation et Dominique Berger, professeur des universités en sciences de l'éducation – Espé Lyon 1 – Laboratoire ACTé EA 4281, en collaboration avec Damien Tessier – université Joseph-Fourier, Grenoble et Alexandra Leyrit, université Jean-Monnet, Saint-Étienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Santé à l'école. Aller bien pour mieux apprendre. *Équilibres*, 2012, n° 87. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/numeros/87/sante_ecole_aller_bien_pour_mieux_apprendre.asp
- [2] Shankland R., Lamboy L. Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques psychologiques*, vol. 17, n° 2 : p. 153-172.
- [3] St Leger L., Kolbe L., Lee A., McCall D.S., Young I.M. School health promotion. Achievements, challenges and priorities. In: Mc Queen D., Jones C.M. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer, 2007 : p. 107-124.
- [4] Stewart-Brown S. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006 : 26 p. En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- [5] Arwidson P., Bury J., Choquet M., Peretti de C., Deccache A., Moquet-Anger M.-L., et al. Évaluation des programmes d'éducation pour la santé. In: Inserm. *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : p. 99-133. En ligne : www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/175/expcol_2001_education.pdf?sequence=1
- [6] International Union for Health Promotion and Education. *Promoting Health in Schools. From Evidence to Action*. Saint-Denis : IUHPE, 2010 : 13 p. En ligne : <http://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-thematic-resources/298-on-school-health>
- [7] Simar C., Jourdan D. Analyse de l'activité d'enseignants du primaire en éducation à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 2011, vol. 14, n° 2 : p. 7-25. En ligne : www.erudit.org/revue/ncre/2011/v14/n2/1008909ar.pdf
- [8] Guével M.-R., Pommier J., Jourdan D. Évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : implications pour la pratique. *Global Health Promotion*, 2012, vol. 20 (Supp. 2) : p. 13-19. En ligne : http://ped.sagepub.com/content/20/2_suppl/13.full.pdf+html
- [9] Buston K., Wight D., Hart G., Scott S. Implementation of a teacher-delivered sex education programme: obstacles and facilitating factors. *Health Education Research*, 2002, vol. 17, n° 1 : p. 59-72. En ligne : <http://her.oxfordjournals.org/content/17/1/59.full.pdf+html>
- [10] Han S.S., Catron T., Weiss B., Marciel K.K. A teacher-consultation approach to social skills training for pre-kindergarten children: Treatment model and short-term outcome effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2005, vol. 33, n° 6 : p. 681-693.
- [11] Flannery D.-J., Torquati J. An elementary school substance abuse prevention program: teacher and administrator perspectives. *Journal of drug education*, 1993, vol. 23, n° 4 : p. 387-397.
- [12] Rohrbach L.A., Graham J.W., Hansen W.B. Diffusion of a school-based substance abuse prevention program: Predictors of program implementation. *Preventive Medicine*, 1993, vol. 22, n° 2 : p. 237-260.
- [13] Mérini C., Victor P., Jourdan D. Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif. *Travail et formation en éducation*, 2010, n° 6. En ligne : <http://tfe.revues.org/1334>
- [14] Mérini C., Ponté P. La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, 2008, n° 16 : p.77-97.
- [15] Pommier J., Guével M. R., Jourdan D. Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 2010, vol. 10, n° 43.
- [16] Leplat J. La psychologie du travail. *Psychologie Française*, 2000, vol. 45, n° 1 : p. 83-96.
- [17] Saujat F. *Ergonomie de l'activité enseignante et développement de l'expérience professionnelle : une approche clinique du travail du professeur*. Thèse de sciences de l'éducation, université de Provence, Aix-en-Provence, 2002.
- [18] Martinot D. *Analyses psychosociales du soi*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1995 : 168 p.
- [19] Bandura A. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck, 2^e édition, 2007 : 259 p.
- [20] Deci E.L., Ryan R.M. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 2000, vol. 11, n° 4 : p. 227-268.
- [21] Pintrich P.R. A conceptual framework for assessing motivation and self-regulated learning in college students. *Educational Psychology Review*, 2004, vol. 16, n° 4 : p. 385-407.
- [22] Mayer J.D., Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P., Sluyter D. (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York : Basic Books, 1997 : p. 3-31.
- [23] Lazaru R.S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer publishing company, 1984 : 456 p.
- [24] Weiss M.R., Bolter N.D., Kipp L.E. Assessing impact of physical activity-based youth development programs: Validation of the life skills transfer survey (LSTS). *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2014, vol. 85, n° 3 : p. 263-278.

Les compétences psychosociales sur le terrain de l'École

Jean-Christophe Azorin,
enseignant-formateur,
Participe-Santé, Montpellier.

Avec près de 13 millions d'élèves au contact de plus d'un million de personnels exerçant en écoles, collèges et lycées¹, le promoteur de santé ne peut faire l'impasse de l'Éducation nationale comme terrain et vecteur majeurs du renforcement des compétences psychosociales (CPS) dans la population générale.

Promouvoir cette intention auprès d'un milieu de professionnels afin qu'ils l'intègrent dans leurs pratiques auprès de leur public, pose la question de rendre le concept des CPS compatible² avec les orientations et le fonctionnement de leur institution. Dans le Code de l'éducation³ comme à travers le sens commun donné à l'École par la population, rien ne devrait empêcher le déploiement d'organisations, de démarches éducatives pertinentes et cohérentes construites avec le milieu scolaire pour des programmes efficaces de promotion de la santé.

Le concept de « compétences » et la prise en compte de leur développement sont présents dans la sphère de l'Éducation nationale à travers ses textes, recommandations et programmes officiels. La refondation de l'École de la République s'appuie sur un référentiel des compétences⁴ attendues de ses personnels, fondé sur la définition de la notion de compétence contenue dans la recommandation 2006/962/CE du Parlement européen. Par ailleurs, dans le cadre de la réflexion sur le projet de Socle commun de connaissances, de compétences et de culture⁵ à destination des élèves, le Conseil supérieur des programmes propose d'équilibrer les apports de connaissances avec le développement de la personne en interaction avec le monde qui l'entoure.

En outre, ce souci du développement de la personnalité de l'enfant est aussi implicite, au fil de l'eau, au quotidien, dans les pratiques⁶ et attitudes professionnelles des professeurs et personnels d'éducation. Son impact, positif ou négatif, est indéniable comme peut en témoigner chacun de nous si l'on se remémore son cursus scolaire.

Pourtant, dans les écoles et les établissements, cette entrée par les compétences est rarement traduite en action spécifique identifiée et encore moins souvent au titre de « compétences psychosociales ». Cependant, des équipes éducatives élargies à la famille, en lien avec les collectivités locales, ont réussi à inscrire de manière durable des démarches mettant en avant la dimension psycho-socio-affective de l'enfant dans son environnement.

En illustration, nous présentons le projet portant sur la médiation scolaire par les pairs mis en place par la Communauté de communes du Clermontois dans les écoles de son territoire (*article page suivante*). ■



1. *L'Éducation nationale en chiffres*. En ligne : http://www.education.gouv.fr/cid57111/l-education-nationale-en-chiffres.html#Les_grands_chiffres
2. *Pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et prévention en contexte scolaire: assises théoriques, modèle et savoirs incontournables*. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1789_Interventions_Integrees_Contexte_Scolaire.pdf
3. *Code de l'éducation*. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191>
4. *Le référentiel de compétences des enseignants au BO du 25 juillet 2013*. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/cid73215/le-referentiel-de-competences-des-enseignants-au-bo-du-25-juillet-2013.html>
5. *Lancement de la consultation nationale sur le Socle commun de connaissances, de compétences et de culture et le projet de programme de l'école maternelle*. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/cid82339/lancement-de-la-consultation-nationale-sur-le-socle-commun-de-connaissances-de-competences-et-de-culture-et-le-projet-de-programme-de-l-ecole-maternelle.html>
6. *Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'École*. [Article 48] JORF, 24 avril 2005. La liberté pédagogique de l'enseignant est inscrite dans la loi. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000259787&dateTexte=&categorieLien=id>

Communauté de communes du Clermontais : les vertus de la médiation scolaire

Jean-Claude Lacroix, président de la Communauté de communes du Clermontais (CCC), maire de Ceyras, **Claude Valéro**, maire de Paulhan, vice-président de la CCC, délégué à la Jeunesse, **Richard Fernandez**, responsable du service Jeunesse de la CCC, **Pascale Anterrieu**, coordinatrice du Conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance (CISPD), en charge du projet de médiation scolaire.

Depuis plusieurs années, les équipes éducatives des établissements scolaires ont constaté un durcissement des conflits entre élèves, pour lesquels les enseignants sont sollicités pour des arbitrages. Ces tensions, mal vécues par les élèves et les enseignants, parasitent le quotidien et compliquent les apprentissages. C'est ce constat

qui a conduit la commune de Clermont-l'Hérault, dans le département de l'Hérault, à mettre en place dans les quatre écoles communales un programme de médiation par les pairs (médiation scolaire).

Depuis 2009, ce dispositif de prévention a été élargi à la Communauté de communes du Clermontais (CCC). Au départ mis en œuvre dans les écoles élémentaires, le dispositif a ainsi été élargi à un collège, et les enseignants et le personnel ont été formés en conséquence. Ce programme est porté par le Conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance (CISPD), l'instance qui coordonne la politique de prévention et de sécurité sur le territoire de l'intercommunalité.

La médiation par les pairs est un outil citoyen, propice à l'écoute, aux échanges et au « mieux vivre ensemble » au sein des établissements scolaires.

Cette pratique sociale a beaucoup plus d'impact qu'un énoncé théorique des droits et des devoirs, souvent affiché dans les classes. L'élève médiateur est titulaire de droits et d'obligations.

Une culture de la non-violence

La médiation est un processus qui permet, lors d'un conflit, l'intervention de personnes formées, extérieures au désaccord ou à l'altercation, afin de dépasser le rapport de force et trouver une solution neutre convenant à l'ensemble des parties. Instaurer la parole comme mode alternatif de résolution des conflits mineurs, c'est rétablir et valoriser la communication.

La médiation scolaire est une option au modèle disciplinaire mais n'apparaît pas incompatible avec la sanction. Elle crée un nouvel espace de régulation des conflits et redéfinit les rapports entre les élèves et entre élèves et enseignants, tout en améliorant les relations au sein de l'établissement scolaire. L'intervention des médiateurs se limite aux conflits qualifiés de mineurs – bousculades, insultes, disputes – ne relevant pas de l'autorité d'un adulte.

Le médiateur scolaire, élève en classe de CM2, a pour mission de créer un climat de dialogue et de respect entre les enfants pour sortir du rapport de force, sans jugement ni arbitrage. La médiation scolaire a vocation à responsabiliser et former les élèves à l'exercice de la démocratie, tout en favorisant de nouvelles solidarités au sein des établissements scolaires.

Une démarche intégrée au projet d'établissement

Chaque année, la médiation scolaire fait l'objet d'une convention entre la CCC et l'Éducation nationale. La démarche est inscrite dans le projet d'établissement et implique toutes les parties prenantes : élèves, équipes éducatives, formateurs. Cette entente multipartenariale est basée sur une confiance réciproque. Un tiers, agent de la CCC, familier de l'école, identifié comme référent, assure le suivi du programme. Cet intervenant pérenne assure la formation et le suivi des élèves et est le garant du dispositif qui fonctionne depuis dix ans.

Quinze ateliers de sensibilisation par an

Le dispositif de prévention repose sur des ateliers de sensibilisation, au rythme soutenu de treize à quinze séances annuelles, s'adressant aux classes de CM1 des écoles élémentaires engagées dans la démarche de médiation scolaire. En école élémentaire, trois personnes animent ces ateliers et prennent en charge la formation des élèves : deux personnels de la CCC et un agent municipal mis à disposition. Au collège, il s'agit d'un personnel de vie scolaire. Tous ces intervenants ont préalablement été formés par l'association Génération Médiateurs.

Les principes de l'atelier sont conformes au programme d'éducation civique, à savoir :

- apprendre le respect, de soi et des autres dans un cadre de vie défini ;

L'ESSENTIEL

Les ateliers de sensibilisation organisés pour les élèves des écoles élémentaires ont permis d'améliorer notablement le climat scolaire dans les établissements.

Des élèves volontaires se voient confier une responsabilité de « médiateurs » pour leurs pairs, et sont formés à cette fin.

Sont concernés dix écoles élémentaires et un collège, où plus de deux cents médiations ont été effectuées dans l'année.

- acquérir des capacités à s'exprimer, à communiquer et coopérer avec les autres, à prendre des responsabilités ;
- comprendre et s'approprier les règles de vie collective et savoir gérer ses émotions ;
- apprendre à ne pas porter de jugement, à se défendre des préjugés et à ne pas tenir compte de la rumeur.

Par cette pratique sociale, au-delà des heures de classe, la cour de récréation devient un lieu de pratiques citoyennes où chaque enfant peut :

- s'engager dans des projets réels, négociés et contractualisés ;
- prendre des responsabilités qui marquent son appartenance au groupe ;
- connaître les mécanismes du conflit, observer et s'ouvrir aux autres pour que la coopération remplace l'altercation ou le désaccord.

À l'issue de ces séances, un appel à volontaires permet de repérer les élèves qui souhaitent être médiateurs l'année suivante. À leur entrée en CM2, un complément de formation de deux demi-journées leur est proposé afin d'apprendre concrètement à mener une médiation.

Dix écoles élémentaires et un collège

Le programme de médiation scolaire sur le Clermontois fonctionne depuis 1994. En 2014-2015, dix écoles élémentaires et un collège sont engagés dans cette démarche : Saint-Joseph et Jean-de-la-Fontaine à Aspiran, Alphonse-Daudet, Jean-Rostand et Saint-Joseph à Clermont-l'Hérault, les Oliviers et Saint-Martin à Canet,

Yvette-Marty à Nébian, Georges-Brassens à Paulhan et l'école primaire de Péret, ainsi que le collège Saint-Paul de Clermont-l'Hérault. Ce qui représente 171 élèves médiateurs scolaires en primaire et 40 médiateurs collégiens.

En 2013-2014, 247 médiations ont été réalisées en primaire, deux écoles ont bénéficié d'une animation pédagogique d'une demi-journée, et deux écoles ont, avec ce projet, reçu un Prix de la laïcité de la Direction académique des services de l'Éducation nationale.

Résultats de l'évaluation

Du côté des élèves et du climat scolaire

En fin d'année de CM1, un bilan personnalisé permet d'évaluer la perception et les acquis de chaque élève ayant participé aux ateliers. Par ailleurs, chaque intervention de médiation fait l'objet d'une fiche circonstanciée. Ces éléments mesurent la vitalité du projet et l'évolution du climat dans l'école. On note, de la part des élèves, un niveau d'intérêt élevé pour les ateliers ainsi que l'augmentation du nombre de volontaires chaque année. Généralement autour de 45 % la première année, il frôle les 90 % au bout de trois ans ; 60 à 80 % des élèves qui s'investissent vont jusqu'au bout de la formation.

Du côté des équipes éducatives et de la collectivité

Les équipes éducatives ont constaté que la mise en œuvre du dispositif dans leur école, en collaboration avec les personnels formés de la CCC, leur a permis, au fil du temps et des espaces aménagés à cet effet, de réfléchir à leurs pratiques et attitudes. Le résultat est significatif puisqu'une meilleure régulation est observée dans les relations internes à l'équipe et entre l'équipe, les élèves, les parents et les collectivités. Le climat scolaire général s'est très sensiblement amélioré et de manière durable.

Du côté des enfants et des familles

Le questionnaire adressé aux parents a permis de souligner les points positifs observés chez leurs enfants médiateurs :

- l'aide apportée aux camarades est très gratifiante ;

- être médiateur permet de créer et de développer un réseau relationnel plus important que la plupart des élèves ;

- la prise de responsabilités aide à développer de l'assurance et de la confiance en soi ;

- la place au sein de l'école, reconnue par les élèves et les adultes, tend à renforcer la prise d'autonomie et de confiance ;

- la qualité d'écoute est renforcée ;

- les relations avec l'entourage, même en dehors de l'école (fratries, cousins, amis, etc.), connaissent une nette amélioration.

Cependant :

- les élèves continuent à solliciter prioritairement les adultes en cas d'important conflit. Les médiateurs expliquent ce phénomène par le fait que la discussion ne semble pas suffire pour apaiser. La victime, pour se sentir prise en compte dans sa souffrance, souhaite que l'agresseur soit sanctionné et pour cela il doit avoir recours aux adultes ;

- les médiateurs doivent rester neutres en toute circonstance. Il est parfois difficile pour eux de ne pas porter de jugement face à des comportements ou des attitudes qui leur semblent inacceptables.

Un outil de prévention qui atteint ses objectifs

La médiation scolaire permet aux enfants, en développant leur écoute, de prendre conscience de l'autre dans ce qu'il a de singulier et d'universel et de se situer par rapport à lui. Elle permet de développer la connaissance de soi, d'être plus confiant et de favoriser l'empathie au sein du groupe. Au-delà de la gestion des conflits, la formation apporte à ces enfants l'opportunité d'un travail remarquable sur eux-mêmes. Cela leur permet de prendre conscience des liens qui existent entre liberté personnelle et contraintes de la vie sociale, de la responsabilité de ses actes ou de son comportement, du respect des valeurs partagées, de l'importance de la politesse et du respect d'autrui¹. ■

1. Conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance (CISPD) du Clermontois. *Le Film sur le programme de médiation scolaire !* [vidéo - 26 mn]. En ligne: <http://www.cc-clermontais.fr/CISPD-Le-film-sur-le-programme-de.html>

Pour compléter le dossier consacré au développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes, nous présentons ici une sélection de ressources en quatre parties. La première a pour objectif de contextualiser la notion de compétences psychosociales, la deuxième recense des programmes et recommandations internationaux et emblématiques du champ. La troisième partie regroupe, quant à elle, des synthèses identifiant des interventions de prévention validées ou prometteuses visant notamment à développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes. Outils et expériences viennent illustrer la dernière partie de ce *Pour en savoir plus*.

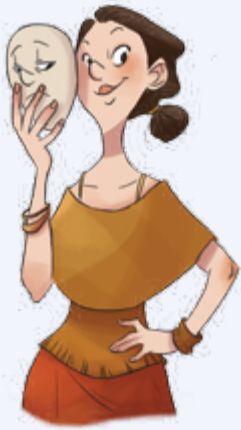
Sandra Kerzanet,
documentaliste,
Céline Deroche,
chef du département
Veille et Documentation,
Inpes.

DÉFINITIONS

- Crahay M. **Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de compétence en éducation.** *Revue française de pédagogie*, 2006, n° 154 : p. 97-110.
- **Duclos G. *L'estime de soi, un passeport pour la vie.*** Montréal : éditions du CHU Sainte-Justine, 2010 : 247 p.
- **Fortin J. *Santé publique et développement des compétences psychosociales à l'école.* [Internet].** École, changer de cap, 1/02/2012. En ligne : www.ecolechangerdecap.net/spip.php?article92
- **Fortin J. *Les compétences psychosociales chez l'enfant.*** In : Lecomte J. dir. *Introduction à la psychologie positive.* Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2014 : p. 109-123.
- **Hirtt N. *L'approche par compétences : une mystification pédagogique [Dossier thématique].*** *L'école démocratique*, 2009, n° 39 : p. 1-34. En ligne : http://www.skolo.org/IMG/pdf/APC_Mystification.pdf
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Compte-rendu de la session : promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. 9^{es} Journées de la prévention.*** Saint-Denis : Inpes, 2014 : 44 p. En ligne : http://journees-prevention.inpes.fr/sites/default/files/docs/Synthese_session_CPS_JP14.pdf
- **Le Boterf G. *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange.*** Paris : Éditions d'Organisation, 1994 : 175 p.
- **Meram D., Eyraud G., Fontaine D., Oelsner A. *Favoriser l'estime de soi à l'école. Enjeux, démarches, outils.*** Lyon : Chronique sociale, 2006 : 144 p.
- **Non-Violence actualité. *Prévenir la violence à l'école. L'importance des compétences psychosociales.*** Montargis : Non-Violence actualité, 2006 : 112 p.
- **OCDE. *Définitions et sélections des compétences (DESECO) : fondements théoriques et conceptuels.*** Neuchâtel : OFS, 2002 : 20 p. En ligne : <http://www.oecd.org/pisa/35693273.pdf>
- **Perrenoud P. *Quand l'école prétend préparer à la vie... Développer des compétences ou enseigner d'autres savoirs ?*** Paris : ESF éditeur, coll. Pédagogies, 2011 : 221 p.
- **Rey O. *Le défi de l'évaluation des compétences.*** *Dossier d'actualité Veille et Analyses*, 2012, n° 76 : p. 1-18. En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?dossier=76&lang=fr&parent=accueil>
- **Rochex J.-Y., Crinon J. dir. *La construction des inégalités scolaires. Au cœur des pratiques et des dispositifs d'enseignement.*** Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Paideia, 2011 : 214 p.
- **Romainville M. *L'irrésistible ascension du terme « compétence » en éducation.*** *Enjeux*, 1996, n° 37-38 : p. 132-142.
- **Scallon G. *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences.*** Bruxelles : De Boeck, coll. Pédagogies en développement, 2^e ed., 2007 : 360 p.

PROGRAMMES, RECOMMANDATIONS

- **Barlow J., Smailagic N., Ferriter M., Bennett C., Jones H. *Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old.*** *Cochrane Database Systematic Review*, 2010, vol. 3. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164454/>



• Foxcroft D., Tsertsvadze A. *Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people.* *Cochrane Database Systematic Review*, 2011 : vol. 9. En ligne : <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD009308.pdf>

• Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Pour des interventions intégrées et effi-*

caces de promotion et prévention en contexte scolaire : assises théoriques, modèle et savoirs incontournables.

Québec : INSPQ, 2013 : 63 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1789_Interventions_Integrees_Contexte_Scolaire.pdf

• Mangrulkar L., Whitman C., Posner M. *Life skills approach to child and adolescent healthy human development.* Washington : Pan American Health Organization, 2001 : 61 p. En ligne : http://hhd.org/sites/hhd.org/files/paho_lifeskills.pdf

• Organisation mondiale de la santé (OMS). *Life skills education in schools.* Genève : OMS, 1997 : 48 p. En ligne : http://www.asksources.info/pdf/31181_lifeskillsed_1994.pdf

• Organisation mondiale de la santé (OMS). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school.* Genève : OMS, 2003 : 88 p. En ligne : <http://www.unicef.org/lifeskills/files/Skills-ForHealth230503.pdf>

• Organisation mondiale de la santé (OMS). *Violence prevention the evidence. Preventing violence by developing life skills in children and adolescents.* Genève : OMS, 2009 : 20 p. En ligne : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/life_skills.pdf

• Stewart-Brown S. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006: 26 p. En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>

• United Nations of International Children's Emergency Fund (Unicef). *Global evaluation of life skills education program. Evaluation report.* New York : Unicef, 2012 : 177 p. En ligne : http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_GLS_Web.pdf

• United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes.* Vienne : UNODC, 2010 : 128 p. En ligne : <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf>

POUR TROUVER PLUS D'OUTILS ET D'EXPÉRIENCES

• Pédagogie interactive en promotion de la santé (PIPSa)

L'Outilthèque santé, programme de promotion de la santé reconnu par la Communauté française en Belgique, est un centre de référence de jeux et outils pédagogiques en promotion de la santé. L'Outilthèque propose une collection de jeux et outils pédagogiques favorisant les démarches actives en promotion de la santé. Ces outils sont répertoriés dans le catalogue en ligne. <http://www.pipsa.be/page/outiltheque.html>

• Bib-Bop

Portail documentaire spécialisé en éducation et promotion de la santé, il permet une base d'outils pédagogiques (BOP) qui référence des supports d'intervention (DVD, jeux, malles pédagogiques, etc.). Bib-Bop est alimenté par les Ireps des régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. <http://www.bib-bop.org/>

• Expérithèque

Bibliothèque des expérimentations pédagogiques sur le site *éduscol* (portail national des professionnels de l'éducation), elle propose un descriptif d'expérimentations pédagogiques et éducatives avec le milieu scolaire. <http://eduscol.education.fr/experitheque/carte.php>

SYNTHÈSES D'INTERVENTIONS VALIDÉES ET PROMETTEUSES

• Du Roscoët E., Clément J., Lamboy B. *Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature.* *Santé publique*, 2013, (suppl. 1) : p. 47-56. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-47.htm>

• Guillemont J., Clément J., Lamboy B. *Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature.* *Santé publique*, 2013 : n° 1 (suppl.) : p. 37-45. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-37.htm>

• Kersaudy-Rahib D., Lydié N., Clément J., Lamboy B. *Interventions validées ou prometteuses en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) : synthèse de la littérature.* *Santé publique*, 2013, (suppl. 1) : p. 13-23. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-13.htm>

• **Kersaudy-Rahib D., Lydié N., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature.** *Santé publique*, 2013, (suppl. 1) : p. 25-35. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-25.htm>

• **Lamboy B., Clément J., Saïas T., Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes : une revue systématique.** *Santé publique*, 2011, vol. 33, n° 6 : p. 113-127.

• **Wilquin J.-L., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature.** *Santé publique*, 2013, (suppl. 1) : p. 65-74. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_130_0065

OUTILS ET EXPÉRIENCES

• **Exprime-toi, tu as des droits !**

Office central de la coopération à l'école (OCCE). **Projet pédagogique : Exprime-toi, tu as des droits !** [Internet], 2014.

La parole est donnée par l'OCCE aux élèves des classes participantes pour travailler autour du droit à l'expression. Ils sont invités à réaliser des boîtes mettant en scène ou contenant un message sur le droit à l'expression. Ce travail doit leur permettre de découvrir et de s'approprier la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).

En ligne : <http://www.occe.coop/federation/nos-actions/droits-de-lenfant/976-exprime-toi-tu-as-des-droits->

• **L'éducation émotionnelle : de la maternelle au lycée**

Un guide pratique qui offre une approche complète de l'éducation émotionnelle, méthode d'apprentissage qui vise à développer les compétences liées à l'intelligence émotionnelle au travers de 200 activités pédagogiques et ludiques.

En ligne : <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139613951/l-education-emotionnelle-de-la-maternelle-au-lycee.html>

• **Le langage des émotions**

L'apprentissage du langage émotionnel et l'expression des sentiments pouvant nécessiter « un petit coup de pouce », ce jeu a été développé pour les plus de 3 ans comme une invitation à voyager au travers de ce qui nous anime, afin d'y découvrir le riche panel de nos émotions. L'outil se présente sous la forme d'un jeu de 78 cartes. Chaque émotion est présentée au travers d'un personnage récurrent, délibérément asexué. Tant le corps que le visage s'expriment : un simple froncement de sourcil, un port de tête, un mouvement de bras ou de jambes ou encore un détail du décor permettent d'identifier l'émotion.

En ligne : <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139613940/le-langage-des-emotions.html>

• **Profédus**

Jourdan D. dir., Collet É., Houzelle N. coord. **Profédus. Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé** [classeur]. Saint-Denis : Inpes, 2010.

ET POUR EN SAVOIR ENCORE PLUS

• Un dossier thématique, composé par le **Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé du Languedoc-Roussillon**, en 2014, proposant une sélection de références et d'outils pédagogiques sur les compétences psychosociales des adolescents et jeunes adultes.

En ligne : http://www.pole-education-sante-lr.fr/IMG/pdf/bibliographie_compétences_psychosociales_codes_66_2014.pdf

• **Carrefour éducation** (Canada) propose également un ensemble de ressources actualisées en juillet 2014 sur l'estime de soi et la façon de la favoriser chez les élèves.

En ligne : http://carrefour-education.qc.ca/guides_thematiques/comment_favoriser_l'estime_de_soi_%C3%AO_I%C3%A9cole#lecture

• **Le rectorat de Caen** propose un dossier sur l'estime de soi à l'école datant de 2013.

En ligne : http://rectorat-caen.superdoc.com/Documents/Estime_de_soi_avril_2013.pdf

Profédus est un outil destiné aux formateurs d'enseignants en éducation à la santé. Ses contenus sont destinés au premier comme au second degré. Ils sont regroupés au sein d'un classeur et prennent la forme de quatre supports principaux :

- un ouvrage présentant des éléments de fond sur les enjeux de la formation des enseignants en éducation à la santé ;
- des fiches incluant des exemples de formations et d'activités de classe en éducation à la santé, des techniques d'animation et des outils d'aide à l'élaboration de projets ;
- un DVD présentant des fiches imprimables, des ressources documentaires et des séances filmées de formations, d'activités de classe et de témoignages de professionnels de l'Éducation nationale ;
- un photoformation qui utilise la photographie au service du projet de formation.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils-profedus.asp>

Promotion de la santé du personnel d'écoles : expériences polonaises

Magdalena Woynarowska-Soldan, docteur en sciences humaines, coordinatrice du projet « Promotion de la santé du personnel d'établissements scolaires », Institut de santé publique, faculté des sciences de la santé, université de médecine de Varsovie.

Depuis 1992, un programme intitulé « École promotrice de santé » (EPS) est mis en œuvre en Pologne. Actuellement, près de 2 600 établissements scolaires y participent. Selon la conception polonaise, l'EPS est une école qui crée des conditions

et entreprend des actions qui favorisent le bien-être des membres de la communauté scolaire (élèves, parents, enseignants personnels d'administration et de service) et les encouragent à promouvoir leur propre santé et celle des autres ainsi qu'à construire un environnement sain.

En Pologne, d'une manière générale, les EPS se concentrent surtout sur la santé des élèves, la santé des enseignants et du personnel étant peu ou pas prise en compte. Or leur santé et leurs « états d'âme » influencent considérablement le travail effectué par l'établissement scolaire, à commencer par les résultats scolaires des élèves. C'est ce constat qui nous a incités, en 2012, à proposer aux

EPS un projet pilote « Promotion de la santé du personnel ». Il réunit des conceptions et expériences de deux programmes de la promotion de la santé qui utilisent l'approche *setting* (créer des cadres de vie plus favorables à la santé) : l'école promotrice de santé et la promotion de la santé au sein de l'établissement de travail.

Promouvoir la santé du personnel

Ce projet poursuit trois objectifs :

- introduire dans l'environnement physique et social de l'établissement des changements positifs qui favorisent le bien-être et la santé de son personnel ;



Santé à l'école
Promotion de la santé du personnel d'écoles : expériences polonaises

- encourager le personnel à prendre davantage soin de sa propre santé (par des changements des comportements);
- mettre en pratique le modèle de promotion de la santé pour le personnel et en évaluer les résultats concrets.

Le projet rassemble 780 enseignants et 270 autres professionnels (administration, service) de 16 écoles primaires et 6 collèges de villes et villages. Dans chaque établissement, il y a une équipe projet constituée de quatre à dix personnes (représentants de la direction, enseignants et autres professionnels) et pilotée par un coordinateur scolaire. Au niveau national, ce projet est coordonné par l'Institut de santé publique (université de médecine de Varsovie) ainsi que par le service de la promotion

de la santé à l'école (Centre du développement de l'éducation¹). Deux coordinateurs nationaux suivent le projet, consultent et forment les coordinateurs scolaires et les directeurs d'établissements, préparent les outils pédagogiques et d'évaluation.

La méthode utilisée dans le projet est la recherche-action. Dans cette démarche, le personnel d'établissement scolaire identifie ses problèmes, entreprend des actions pour les résoudre, en évalue les effets, et s'ils ne sont pas satisfaisants, essaye de nouveau. Il est accompagné par les coordinateurs du projet qui jouent le rôle de chercheurs externes.

Le projet se déroule sur quatre ans (2012-2015). Il se structure en cinq étapes :

- présentation dans l'établissement et décision d'y participer ;
- diagnostic de l'état initial, comportant l'évaluation de trois aspects : santé subjective du personnel de l'établissement – comportements favorables à la santé – bien-être professionnel et facteurs qui le favorisent ;



© Amélie Benoit

L'ESSENTIEL

- ▶ En Pologne, près de 2 600 établissements scolaires (surtout écoles primaires et collèges) mettent en œuvre le programme « École promotrice de santé » initié en 1992. Ils se concentrent surtout sur la promotion de la santé des élèves.
- ▶ Depuis 2012, 16 écoles primaires et 6 collèges essayent, en outre, de promouvoir la santé des enseignants et du personnel de service et de l'administration, dans le cadre d'un projet de promotion de la santé concernant l'ensemble de l'équipe éducative.
- ▶ Une première évaluation instructive de ce projet montre les acquis mais aussi les difficultés rencontrées.

- élaboration des plans d'action année par année ;
- mise en œuvre et évaluation du processus ;
- évaluation des résultats, à la fin de chaque année et en clôture du projet.

Au début de 2012, les établissements scolaires ont réalisé le diagnostic de l'état initial et chacun a identifié ses propres problèmes :

- conditions de travail (par exemple, niveau de bruit élevé, manque d'accès à une pièce calme et confortable pour se reposer, travailler individuellement, parler aux élèves et parents) ;
- relations entre le personnel (par exemple, manque de confiance, manque de coopération satisfaisante, diffusion faible des informations) ;

- relations avec les élèves et leurs parents (par exemple, chez des élèves, motivation faible à apprendre ; coopération insuffisante de la part de parents) ;
- organisation du travail (par exemple, sentiment d'être surchargé) ;
- compétences professionnelles (par exemple, faible compétence à utiliser la technologie informatique) ;
- comportements liés à la santé (par exemple, mauvaises pratiques alimentaires, activité physique limitée, difficultés à gérer le stress, consommation de tabac, abus d'alcool).

Un plan d'action pour chaque établissement

Chaque établissement a choisi ses problèmes prioritaires à résoudre pendant la première année du projet

(2012-2013) et a élaboré son plan d'action. De l'examen de tous les plans, il ressort quatre objectifs majeurs et récurrents d'un établissement à l'autre.

Améliorer la façon de se nourrir et accroître l'activité physique

Exemples d'actions : organiser les rencontres avec les diététiciens, organiser le second petit déjeuner à l'école (les élèves et le personnel le prennent en commun pendant une récréation), limiter les sucreries pendant les réunions du personnel et les remplacer par des fruits, aménager un coin permettant au personnel de préparer un repas rapide, changer l'assortiment offert par des magasins scolaires, organiser des échanges de recettes saines, diffuser des recommandations en matière d'activité physique, organiser des groupes entreprenant différentes formes d'activité (danse, marche nordique, vélo), organiser des excursions communes (vélo, kayak), trouver des moyens pour cofinancer l'abonnement sportif à un club.

Réduire le niveau de bruit à l'école

Exemples d'actions : mesurer le niveau de bruit et en analyser les causes, améliorer les conditions acoustiques des pièces, éduquer à respecter le silence, repenser l'organisation de récréations en vue de diminuer le bruit.

Réorganiser les locaux

Exemples d'actions : trouver et aménager ces locaux (rénovation, ameublement) pour que le personnel puisse s'y reposer, travailler individuellement, rencontrer calmement les élèves et leurs parents.

Améliorer les relations interpersonnelles

Exemples d'actions : organiser des ateliers développant les compétences psychosociales du personnel (communication interpersonnelle, travail en groupes, gestion du stress), organiser des groupes de travail et de soutien mutuel, organiser des excursions communes (théâtre, tourisme), améliorer la diffusion des informations (procédures, tableaux).

Les établissements scolaires ont mis en œuvre leur plan d'action et ils en ont évalué le processus et les résultats. Au

stade de la planification, chaque école avait formulé des critères de succès pour ses objectifs et ses actions, et avait défini la manière de mesurer leur atteinte (observation, interview, enquête). À la fin de l'année, chaque établissement a préparé un rapport final comportant l'analyse de la réalisation des objectifs, les conclusions et les recommandations pour la deuxième année du projet. Tous les rapports ont été analysés par les coordinateurs nationaux.

« LA PROMOTION DE LA SANTÉ DU PERSONNEL EST DÉSORMAIS UN SUJET DÉBATTU DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES. »

Premier bilan

Les expériences collectées pendant la première période du projet (un an et demi) permettent de constater que la majorité des partenaires scolaires (coordinateurs et directeurs) a adopté une attitude positive par rapport au projet et a retiré une satisfaction personnelle d'y avoir participé. Certains ont essayé d'introduire des changements favorables à la santé dans leur mode de vie. Autres aspects positifs : la promotion de la santé du personnel est désormais un sujet débattu dans ces établissements et différentes activités ont été mises en place.

Sur le plan des difficultés rencontrées, il ressort de l'évaluation que tous les objectifs n'ont pas pu être atteints, essentiellement pour quatre raisons :

- des problèmes de planification du projet au sein des établissements ;
- la majorité des établissements se sont trop centrés sur le corps enseignant, et peu sur les autres professionnels (service et administration) ;
- dans certains établissements, peu de professionnels ont été impliqués ; ils ont eu une attitude passive ;
- une motivation inégale selon les établissements.

L'évaluation montre également qu'implanter un programme de promotion de la santé du personnel est un processus long et difficile.

Plusieurs priorités pour l'avenir de ce programme ont été fortement identifiées à ce stade de mise en œuvre :

- expliquer au personnel le concept de promotion de la santé ;
- briser le stéréotype selon lequel la promotion de la santé des élèves est plus importante que celle du personnel de l'établissement ;
- planifier de façon réaliste ;
- motiver le personnel pour qu'il participe, lui montrer les avantages qu'il peut en retirer ;
- impliquer davantage les personnels non enseignants (service et administration), qui ont un statut socio-économique moins favorisé et doivent donc impérativement faire l'objet d'une approche spécifique en promotion de la santé. ■

Le contenu de cet article est issu de l'exposé présenté lors de la Journée d'études sur le thème *Prendre soin de soi. La santé des enseignantes et enseignants, un prérequis pour un bon climat scolaire*, organisée le 1^{er} octobre 2014 à Lausanne par la fondation suisse pour la santé RADIX (www.radix.ch) et le Réseau suisse d'écoles en santé (<http://www.radix.ch/Ecoles-en-sante/Reseau-suisse-decoles-en-sante/PXoYa/>).

1. Centre du développement de l'éducation, établissement de perfectionnement des enseignants dirigé par le ministère de l'Éducation nationale. La coordinatrice nationale du programme « École promotrice de santé » fait partie de l'équipe de ce centre.

Pour en savoir plus

- <http://www.radix.ch/Ecoles-en-sante/Reseau-suisse-decoles-en-sante/Journees-detudes/Prendre-soin-de-soi/Pn7CS/>

Souffrance psychologique et comportements à risque

Entretien avec Serge Paugam,

chercheur, sociologue, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

La Santé en action : La Consultation nationale des 6-18 ans réalisée par l'Unicef fait état d'un malaise grandissant entre l'enfance et l'adolescence, avec un mal-être

chez les plus de 12 ans qualifié d'inquiétant. Alors que l'adolescence est connue comme une période difficile à vivre, en quoi les chiffres sont-ils alarmants ?

Serge Paugam : L'adolescence est certes un moment de crise et de tension avec les parents, nécessaire pour se détacher afin de se construire. Mais cette crise peut être dans certains cas particulièrement intense et avoir des effets cumulatifs en termes de rupture des liens sociaux. Elle peut alors être associée à des conduites addictives et/ou des tendances suicidaires : 41 % des plus de 15 ans disent boire de l'alcool et avoir déjà été en état d'ivresse, et près de 20 % reconnaissent avoir pris de la drogue ou consommé du cannabis. Si la jeunesse est propice à des prises de risques, ces chiffres montrent des pratiques qui se généralisent en proportion non négligeable.

En outre, la question du suicide qui va au-delà du mal-être apparaît comme fortement présente dans l'esprit des personnes interrogées : 28 % des adolescents affirment avoir déjà pensé au suicide et 11 % disent avoir tenté de passer à l'acte. Et, au total, ce sont 36 % des jeunes ayant participé à la consultation qui peuvent être considérés en souffrance psychologique. Dans cette étude, il nous a paru important

de mettre en évidence les facteurs structurant la souffrance ou les comportements à risque.

S. A. : Les adolescents ne seraient-ils pas égaux face au risque de mal-être ?

S. P. : Au-delà des variables sociodémographiques habituelles, nous avons exploré des questions nouvelles ou plus précises sur les liens sociaux, en interrogeant la qualité des relations des 6-18 ans avec leur environnement : parents, amis, personnel des établissements scolaires, etc. Il s'agissait de tenir compte dans cette consultation des travaux et des concepts relatifs à la théorie des liens sociaux et de la problématique de l'intégration inégale¹. Nous avons mis ainsi en évidence des éléments de compréhension plus riches.

Qui sont les adolescents traversés par des idées de suicide par rapport aux autres ? Fait déjà connu, les filles sont plus touchées que les garçons (34 % contre 19 %). Cette inclination apparaît plus fréquente chez les adolescents en situation de privation (42 % contre 23 %) et ceux qui habitent dans un quartier insécurisant (41 % contre 24 %). D'autres facteurs contribuent à cet état : il y a 1,7 fois plus de risques de pensées suicidaires en cas de tensions avec le père et 1,6 fois plus quand on reconnaît ne pas avoir d'amis sur qui compter. Mais c'est le harcèlement qui ressort de façon massive : les adolescents harcelés à l'école présentent 1,63 fois plus de risques que les autres, et ceux qui le sont sur les réseaux sociaux 2,3 fois plus. Ce dernier point est un fait nouveau qui doit nous alerter. Car les jeunes

sont présents à 90 % sur ces réseaux ; le manque de reconnaissance sur le Net, la critique, l'insulte, nourrissent de l'angoisse, et le phénomène échappe en grande partie aux adultes. Le harcèlement dans le monde numérique joue un rôle crucial dans le passage à l'acte, multipliant les risques par trois.

S. A. : Y a-t-il une échelle des risques qui varie selon les individus ?

S. P. : Nous notons effectivement des différences pour les tentatives de suicide. Les risques s'avèrent plus importants pour les adolescents ne pouvant compter sur leur mère, ceux qui se disent en insécurité à l'école et ceux ayant peur des adultes au sein de l'établissement scolaire. Concernant les

L'ESSENTIEL

▣ L'étude fait état d'une souffrance psychologique chez près de 36 % des jeunes.

▣ Les jeunes qui connaissent la privation matérielle apparaissent comme les plus exposés.

▣ Le harcèlement, notamment sur les réseaux sociaux, est un fait qui doit nous alerter.

▣ Serge Paugam préconise notamment de multiplier les lieux d'écoute par des adultes bienveillants et de développer l'accompagnement social.

▣ En prévention, il faut agir globalement sur les sphères familiale, scolaire, du quartier et ce sont donc les politiques familiales, de l'École et de la Ville qui doivent être adaptées.

conduites addictives, le harcèlement sur les réseaux sociaux demeure une variable importante. Le risque de consommation d'alcool est également renforcé pour les adolescents discriminés à l'école par des adultes, ceux faisant état d'une souffrance psychologique et ceux qui vivent dans une famille monoparentale. La discrimination à l'école est un facteur de consommation de drogue, avec en outre une prévalence plus forte chez les jeunes n'ayant pas d'amis sur qui compter ou vivant dans une famille recomposée. À un mal-être général, les adolescents répondent de manières différentes en fonction de déterminants psychologiques et sociaux. En tout état de cause, ces données confirment l'impact fort des séparations parentales sur les comportements addictifs.

S. A. : L'étude indique que 17 % des 6-18 ans sont en situation de privation matérielle. Quel lien établir entre ce dénuement et le mal-être des jeunes ?

S. P. : La consultation ne prétendait pas à être une enquête classique réalisée auprès d'un échantillon tiré de façon aléatoire dans une base de sondage représentative. Néanmoins, le nombre d'enfants et d'adolescents interrogés (plus de 11 000) et la diversité des territoires (villes et départements ruraux) où elle s'est effectuée donnent des résultats significatifs, même s'ils ne sont pas représentatifs au sens statistique. Le chiffre de 17 % correspond peu ou prou à l'ordre de grandeur de la pauvreté en France. Cette proportion croît selon l'âge – elle se monte à 24 % chez les plus de 15 ans. Elle est plus importante chez les enfants vivant dans des familles monoparentales (26 %) et parmi ceux vivant dans un quartier insécurisant (31 %). Or, les 6-18 ans pénalisés économiquement le sont aussi dans toute forme d'intégration sociale, qu'elle concerne la famille, le quartier, l'école ou la citoyenneté. Ces inégalités se cumulent et, inscrites depuis l'enfance, contribuent à leur reproduction. Elles pèsent sur le mal-être vécu par les jeunes. Ceux qui connaissent la privation matérielle apparaissent comme les plus exposés à la souffrance psychologique. Elle renforce la probabilité d'avoir des idées suicidaires (1,3 fois plus de risque), de faire une tentative

de suicide (1,6 fois plus de risque) et d'adopter des conduites à risques. Ce n'est peut-être pas tant la faiblesse du niveau de vie qui explique la souffrance que les difficultés d'intégration sociale qu'elle génère.

« À UN MAL-ÊTRE GÉNÉRAL, LES ADOLESCENTS RÉPONDENT DE MANIÈRES DIFFÉRENTES, EN FONCTION DE DÉTERMINANTS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX. »

S. A. : Quelle place occupe l'École dans ce malaise grandissant ?

S. P. : Le milieu scolaire ne joue pas son rôle de reconnaissance et de protection pour un grand nombre d'enfants. Une frange importante des élèves (45 %) se dit angoissée à l'idée de ne pas réussir, et ceux qui sont en situation de privation éprouvent ce sentiment plus fréquemment que les autres. L'École est aussi un lieu de peur et de harcèlement : près de 8 % des répondants s'y sentent en insécurité et 24 % disent avoir peur des adultes, ce qui peut correspondre à une crainte de sanction pour mauvais résultats scolaires ou indiscipline. Plus de la moitié des enfants affirment ne trouver personne à qui confier leur désarroi ou leurs problèmes. Ces difficultés nourrissent une part conséquente du mal-être. Et jusqu'à cette étude, il n'avait pas été mesuré à grande échelle les effets de ce système élitiste basé sur la culture du classement et la compétition, sur les comportements addictifs et suicidaires. Et tant les parents que les jeunes sont partie prenante de ce système d'émulation.

S. A. : Quelles mesures de prévention pourraient changer la donne ?

S. P. : Les résultats de cette enquête incitent à multiplier les lieux d'écoute par des adultes bienveillants et à mettre en place des formes d'accompagnement social plus denses et plus diversifiées. Il me semble préférable de privilégier

les mesures universelles aux mesures catégorielles; le réflexe pourrait être de commencer par identifier les enfants en difficulté, mais l'expérience montre que la prévention des risques passe d'abord par l'élaboration de politiques globales visant l'évolution des institutions et des pratiques éducatives. Il s'agit davantage d'agir de façon générale sur la sphère familiale, la sphère scolaire, la sphère du quartier; ce sont donc les politiques familiales, de l'école et de la ville qui doivent être revues pour que les enfants trouvent les ressources nécessaires à leur épanouissement. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.

Étude

Harcèlement des adolescents via les réseaux sociaux

1. Paugam S., dir. *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Paris : Puf, coll. Le lien social, 2014 : 528 p.

Pour en savoir plus

- Unicef. Consultation nationale des 6-18 ans 2013. *Écoutons ce que les enfants ont à nous dire*. Analyse réalisée par Cités et Sociétés (C&S), en collaboration avec Serge Paugam et Catherine Dolto. Unicef, 2014 : 52 p.
- Beck F., Richard J.-B. dir. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf

Les Combattants, deux regards contrastés sur la vie

Un film de Thomas Cailley

France, 2014, 1 h 40

Michel Condé,

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

Le film

Les Combattants, premier long-métrage de Thomas Cailley, met en scène un jeune homme, Arnaud, à la croisée des chemins. À la mort

de leur père, son frère lui propose de reprendre avec lui l'entreprise familiale de menuiserie, mais sa mère lui conseille de réfléchir avant de s'engager. Pour le moment cependant, Arnaud pense plutôt à profiter des vacances. C'est sur la plage qu'il rencontre Madeleine, une jeune fille déterminée, qui se prépare à participer à un stage militaire. Autant Arnaud est indécis face à l'avenir, autant Madeleine sait visiblement ce qu'elle veut. C'est peut-être cette assurance qui attire Arnaud : il va s'inscrire lui aussi au stage de préparation à l'armée. À moins qu'il ne soit secrètement séduit par cette jeune femme atypique...

Ce film aux accents de comédie avec quelques pointes plus dramatiques pose des questions essentielles à l'adolescence, et même au-delà sans doute : Quelle vie est-ce que je désire ? Quels choix vais-je faire ? En fonction de

quelles convictions ? Comment vais-je affronter un avenir incertain ? Ainsi, le parcours des personnages principaux pourra interpellé les jeunes spectateurs, même si, bien sûr, ils ne partageront pas nécessairement leur choix.

Le portrait contrasté des deux protagonistes, l'une au caractère affirmé, l'autre plus passif et suiviste, permet également d'interroger les stéréotypes liés au genre : même s'il ne s'agit que d'une fiction dont il ne faut pas généraliser l'exemplarité, le film montre sans doute que les différences entre individus (masculins ou féminins) sont certainement plus importantes que les différences entre genres, et qu'il serait absurde d'imposer à l'un ou à l'autre des modes de comportement prédéterminés.

À quels spectateurs est destiné le film ?

Le film s'adresse à un large public même si les personnages assez atypiques peuvent déconcerter certains spectateurs. Si l'âge des protagonistes semble orienter l'audience vers les adolescents, il serait cependant naïf d'y voir un portrait emblématique de la « jeunesse » alors qu'il s'agit plutôt de personnages « à la marge », aux réactions singulières bien que compréhensibles.

À l'inverse, pour un public adulte, le film peut être révélateur des conditions nouvelles auxquelles sont aujourd'hui confrontés les adolescents, que ce soit en termes d'incertitude liée à l'avenir, de craintes générales sur le futur de la planète ou plus simplement d'un manque de perspectives professionnelles.

Relations avec la problématique santé

L'éducation à la santé est, dans son principe même, liée à des considérations sur le futur individuel ou collectif : quels comportements, quelles attitudes devrions-nous adopter pour être à l'avenir en bonne ou en meilleure santé ? La prise en considération de sa propre santé future peut cependant entrer en contradiction ou être mise en balance avec d'autres évaluations : de manière caricaturale ou provocante, comme on peut l'entendre dire, pourquoi arrêter de boire ou de fumer si le monde entier disparaît demain ?

Or c'est précisément la réflexion qui oriente le comportement de l'héroïne des *Combattants*, Madeleine : elle est persuadée que « tout va péter » et elle est dès lors bien déterminée à apprendre et à pratiquer des stratégies de survie dans des conditions extrêmes. Elle est une adepte de ce que l'on appelle le « survivalisme », un mélange de croyances, d'idéologies et de pratiques orientées vers la survie individuelle en cas de catastrophe majeure remettant en cause toutes les conditions modernes d'existence (avec son système extrêmement complexe de production et de circulation des marchandises les plus diverses comme des biens de consommation les plus élémentaires : eau, nourriture, vêtements, etc.).

Le film n'est en rien une défense des thèses « survivalistes » (le mot n'est d'ailleurs pas prononcé), et il questionne plutôt, à travers les deux personnages principaux aux réactions différentes, la question plus générale de l'avenir

CÉSAR 2015

Le film *Les Combattants* de Thomas Cailley a remporté trois récompenses lors de la cérémonie des César, le vendredi 20 février 2015 au Théâtre du Châtelet à Paris : meilleure actrice : Adèle Haenel, meilleur espoir masculin : Kévin Azaïs et meilleur premier film.



© DR

auquel chacun doit faire face : est-ce raisonnable de se laisser vivre au jour le jour comme le fait Arnaud, indécis quant aux choix qu'il sera bientôt obligé de poser, ou faut-il s'inquiéter comme Madeleine des multiples menaces qui pèsent aujourd'hui sur notre mode de vie (en particulier dans les sociétés occidentales les plus développées) ?

C'est sans doute à l'intérieur de ce questionnement largement ouvert que doit prendre place une réflexion sur la santé, qu'elle soit considérée d'un point de vue individuel ou collectif.

Quelques pistes d'animation

Le « survivalisme » est certainement aujourd'hui une idéologie marginale qui entre cependant en résonance avec des craintes plus diffuses mais largement partagées quant à l'avenir de la planète et des sociétés industrielles (ou post-industrielles). Le réchauffement climatique, la destruction des ressources naturelles limitées, la diminution de la diversité animale et de la variété des paysages, la crainte de catastrophes naturelles, parfois bien réelles, ou technologiques comme récemment à Fukushima au Japon, alimentent littéralement les médias. La vigueur des polémiques qui entourent certaines problématiques est révélatrice de l'angoisse qu'elles peuvent susciter, mais il est difficile de mesurer quel est leur impact réel sur une opinion publique évidemment diverse.

Comment ils envisagent l'avenir

En situation d'animation, il est donc important de prendre la mesure des différentes manières dont un groupe (par exemple scolaire) envisage l'avenir. Quelles sont en particulier les craintes que chacun peut exprimer par rapport au futur et surtout l'importance de ces craintes ?

Après la vision des *Combattants*, il est donc pertinent d'ouvrir une libre discussion autour du personnage de Madeleine qui déclare que « *tout va péter* ». Cette affirmation laisse-t-elle sceptiques les participants comme le sont, semble-t-il, les convives autour de la table dans le film ? Ou bien s'agit-il d'une crainte relativement justifiée ? Il s'agira d'abord d'un échange d'opinions entre lesquelles il serait sans doute vain de vouloir trancher de façon argumentée.

Dans un deuxième temps, l'on pourra soumettre aux mêmes participants un questionnaire d'évaluation sur les craintes éventuelles liées à l'avenir avec, pour chaque item, une échelle à quatre degrés, allant de : « *cela ne me préoccupe pas du tout* » à « *cela m'inquiète fortement* ». Parmi les items proposés, plusieurs seront relatifs à des questions de santé.

On pourrait donc demander aux participants si les problèmes suivants leur paraissent plus ou moins préoccupants¹ :

- la réussite des études en cours ;

L'ESSENTIEL

- ▣
- ▣ Le long-métrage *Les Combattants* peut servir d'outil pédagogique pour susciter le dialogue, notamment chez les adolescents.
- ▣ Dialogue sur le renversement des stéréotypes liés au genre. Sur le sens et la valeur qu'ils accordent à la vie. Sur leur manière de voir ce qui est bon pour eux, pour leur santé.

Cinésanté

Les Combattants, deux regards contrastés sur la vie

- le réchauffement climatique ;
- la pollution en général ;
- les produits chimiques dans l'alimentation ;
- le chômage des jeunes, le manque de débouchés professionnels ;
- une mauvaise alimentation ;
- la diminution des ressources naturelles ;
- la taille, le poids personnels ;
- un appauvrissement général ;
- l'accroissement général des inégalités ;
- la condition physique personnelle ;
- de possibles catastrophes naturelles ou des épidémies ;
- de possibles catastrophes technologiques ;
- la consommation personnelle d'alcool ou de tabac ;
- une aggravation des problèmes sociaux ;
- de possibles attentats terroristes ;
- la maladie, le handicap ;
- les accidents de la route ou les accidents domestiques ;
- une diminution des soins de santé (en quantité ou en qualité) ;
- un manque personnel de relations sociales enrichissantes, une solitude affective ;
- etc.

Et, de manière générale, les participants se sentent-ils plutôt optimistes ou pessimistes quant à l'avenir ?

Les réponses à ce questionnaire seront bien sûr individuelles et le dépouillement anonyme². Celui-ci permettra ensuite de lancer une discussion sur certains points plus précis.

Des craintes majorées ou minorées

On connaît le biais d'optimisme (souligné par l'économiste Daniel Kahneman³) qui nous fait surestimer nos chances personnelles de succès et d'avenir, et il n'est pas sûr qu'il soit très profitable d'inciter les participants à adopter une attitude plus « lucide », c'est-à-dire en définitive plus morose et plus pessimiste ! Néanmoins, on peut avancer de manière raisonnable que certains dangers sont souvent surévalués et d'autres faussement minimisés. Les statistiques (même si « *on peut leur faire dire n'importe quoi* ») montrent facilement que, dans les pays occidentaux, les risques liés à la circulation routière (notamment si l'on est piéton ou conducteur d'un deux-roues) sont bien plus élevés que ceux causés par le terrorisme. Semblablement, sans nier l'ampleur d'une catastrophe comme celle de Fukushima, elle pose sans aucun doute moins de problèmes pour la santé mondiale que la consommation de tabac ou d'alcool.

Une telle discussion risque néanmoins d'être peu productive tant l'évaluation des risques est difficile.

La discussion en groupe devrait, en revanche, faire prendre conscience des différences d'appréciation personnelle en la matière, comme le font d'ailleurs les convives réunis autour de la table avec Madeleine. Si celle-ci pense, en effet, que « *tout va péter* », cette crainte ne semble en définitive pas l'affecter gravement – elle est loin d'être craintive ! – et n'est qu'un aspect de toute son attitude face à la vie, attitude faite en particulier d'une grande détermination et d'une activité physique intense.

Individualisme et solidarité

Dans cette perspective, il est intéressant de revenir sur le « parcours » de Madeleine et d'Arnaud pour éclairer leurs motivations profondes respectives. Plusieurs épisodes méritent ainsi une courte réflexion :

- Madeleine et Arnaud participent à une compétition de lutte sur la plage : dominé, Arnaud mord finalement la jeune fille ;
- Madeleine s'entraîne à nager dans la piscine familiale avec un sac rempli de tuiles... ;
- Arnaud conduit Madeleine à moto pour s'inscrire à un stage commando. Ils reviennent sous la pluie ;
- en vue de son stage, Madeleine broie un poisson cru dans un mixer et avale la mixture... ;





de se maintenir en bonne condition physique, alors que pour Arnaud, il s'agit évidemment de se rapprocher physiquement de la jeune fille... Mais cela n'empêche pas Arnaud de mettre un casque quand il roule à moto, et Madeleine d'agir de même quand elle monte à moto avec lui. Et si l'un agit spontanément de façon relativement prudente (ce n'est pas un casse-cou...), l'autre recherche un accomplissement personnel qui est certainement essentiel à ses yeux. Et, au final, tous deux, malgré leurs mésaventures, se signalent évidemment par leur grande forme physique...

- Arnaud laisse son frère en plan pour suivre Madeleine à son stage ;
- lors du repas au stage, l'officier lance une grenade au milieu du groupe. Plusieurs participants plongent dessus afin d'éviter que d'autres soient censément blessés ou tués (la grenade est inoffensive bien sûr) ;
- lors d'un passage d'obstacles, Madeleine refuse l'aide que lui propose Arnaud ;
- lors d'une discussion houleuse, elle donnera un coup de tête à un des participants ;
- lors de la randonnée nocturne où le groupe se perd, Madeleine bouscule Arnaud qui quitte le stage clandestinement. Madeleine le suit finalement ;
- tous les deux s'en vont vivre seuls dans les bois ;
- ils attrapent un renard qu'ils tuent et font cuire, mais seule Madeleine en mange, même les os !
- après leur hospitalisation, Madeleine prétend qu'elle ne souffre pas : « à peine trois sur l'échelle de la douleur ». Arnaud a, quant à lui, un mal de tête évalué à quatre... ;
- etc.

On ne commentera pas ici toutes ces scènes, mais l'on comprend facilement que Madeleine cherche évidemment à s'affirmer à travers les exercices qu'elle s'impose et le stage dans lequel elle s'engage. Elle refuse de se laisser dominer, que ce soit par les garçons, par les supérieurs de toutes sortes ou par le destin en général. Mais il s'agit chez elle d'une affirmation très individualiste puisque, pratiquement en toutes circonstances, elle refuse l'aide d'autrui.

Bien entendu, elle sera finalement séduite par Arnaud, mais elle refusera de « subir » cette passion (qui ne sera pas avouée comme telle) et leur relation restera strictement égalitaire.

Arnaud, s'il n'est pas visiblement « dominé », se laisse en revanche beaucoup plus porter par les événements, et il n'a pas de « projet » de vie défini ni même de « style de vie » clair comme Madeleine. Il réagit beaucoup plus qu'il n'agit, même s'il prend un certain nombre de décisions importantes (sinon risquées) comme suivre Madeleine au stage et abandonner de ce fait le travail avec son frère.

On remarque également qu'il ne cherche pas l'affrontement ni le conflit – ce sont ses copains qui l'ont inscrit au concours de lutte – et qu'il cherche plutôt à s'intégrer « socialement », même si c'est de façon limitée et s'il est surtout motivé par l'attraction qu'il éprouve visiblement pour Madeleine.

Éprouver ses limites

On voit donc facilement que les deux personnages ont des manières tout à fait différentes de considérer l'avenir mais également et surtout le présent. Ils s'engagent différemment, ils envisagent différemment leur futur, même proche. Quelle est alors la place de la santé dans ces styles de vie différents ?

L'on constate facilement que de telles considérations y ont une place très relative : pour Madeleine, le stage est bien plus une manière de s'éprouver, d'éprouver ses limites, que

« LE FILM PEUT ÊTRE L'OCCASION POUR LES SPECTATEURS DE S'INTERROGER SUR LEUR PROPRE « COMBAT », NOTAMMENT SUR LE SENS ET LA VALEUR QU'ILS ACCORDENT À LA SANTÉ INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE. »

Ainsi, le film peut être l'occasion pour les spectateurs, jeunes ou moins jeunes, de s'interroger sur leur propre « combat », notamment sur le sens et la valeur qu'ils accordent dans cette perspective à la santé individuelle et collective. ■

1. Ce questionnaire est donné ici sous une forme générale: on lui donnera de préférence une tournure personnelle en y ajoutant, comme indiqué, pour chaque item une échelle d'évaluation à quatre degrés. Certains items devront peut-être être formulés sous une forme simplifiée en fonction du public auquel on s'adresse.
2. Un logiciel informatique comme un tableur facilitera le dépouillement et calculera rapidement les moyennes des réponses ainsi que l'écart-type, ce qui permet de repérer les items qui suscitent des réactions contrastées.
3. Si un tel biais existe vraisemblablement, il ne faut pas non plus négliger les attitudes minoritaires comme celle de Madeleine qui voit l'avenir « en noir » (même si l'on peut estimer que, conformément à ce biais, elle se croit capable d'échapper personnellement à la catastrophe à venir...).

Pour en savoir plus :

<http://www.grignoux.be/dossiers-pedagogiques-370>

Évaluation des impacts sur la santé de projets transport de Plaine Commune

Sous la direction de Anne Laporte (ARS Île-de-France) et Muriel Dubreuil (ORS Île-de-France)



Quel est l'impact à venir des projets de transport de Plaine Commune sur la santé de ses habitants ? C'est pour répondre à cette question que l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) Île-de-France ont mis en place une étude d'évaluation des impacts en santé (EIS) sur les projets de transports en commun prévus dans cette communauté d'agglomérations.

La démarche EIS, encore à ses débuts en France, a pour objectif d'appuyer la décision publique : elle présente les points positifs et négatifs d'un projet à venir au regard de la santé des habitants d'un territoire. Pour la réalisation de cette évaluation théorique, les auteurs se sont appuyés à la fois sur le contexte local mais aussi sur la littérature scientifique internationale ; l'objectif étant de livrer un ensemble de recommandations aux décideurs pour que les projets d'aménagement urbain soient pensés pour favoriser la santé des citoyens et dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé.

Laetitia Haroutunian

Paris : ORS Île-de-France/ARS Île-de-France, 2014, 171 p.

En téléchargement gratuit : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/2014/EIS/RAPPORT-INTERACTIF.pdf>

Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine

Réseau de prévention des addictions (Respaad)

Cet ouvrage a pour ambition de contribuer à la diffusion de bonnes pratiques, renforcer l'implication du pharmacien d'officine, développer les partenariats avec le secteur médico-social, et se veut un soutien à la valorisation de l'acte de santé publique du pharmacien.

En cinq chapitres agrémentés d'encadrés pratiques, le guide aborde un large éventail de domaines dans lesquels le pharmacien peut intervenir, de la prévention et l'aide à l'arrêt du tabagisme à la participation à un programme d'échange de seringues, en passant par le repérage des risques liés à la consommation d'alcool ou le suivi des traitements de substitution aux opiacés. Ces pratiques sont replacées en fin d'ouvrage dans le contexte plus large du dispositif de prise en charge des addictions.

Olivier Delmer

Paris : Respaad, 2014, 104 p. Téléchargeable sur <http://respadd.org> ou disponible gratuitement sur simple demande auprès du Respaad.



Adolescences ?

François Beck, Florence Maillochon, Ivana Obradovic



« Comprendre vite et mieux » tel est le leitmotiv de la collection Infographie des Éditions Belin, tout public, qui pose les principaux enjeux d'un grand sujet de société et ouvre le débat avec le lecteur. Des doubles-pages composées d'infographies claires, de textes concis et de chiffres clés récents viennent illustrer le propos. Une diversité d'opinions est proposée au travers d'interviews d'experts de premier plan.

Cet ouvrage est consacré à l'adolescence, que ses auteurs définissent comme « un passage, une étape du développement vers l'âge adulte qui s'accompagne de signes de maturation sur plusieurs plans : physique (puberté), intellectuel (progression vers la pensée abstraite), affectif (développement de l'autonomie), et social (recherche d'indépendance vis-à-vis des parents) ». L'idée étant de rendre compte des visages multiples de l'adolescence, de ses problématiques à l'appui de données récentes et d'un éclairage sociologique : les adolescents dans la société, la santé des adolescents, les relations aux autres, les consommations.

Céline Deroche

Paris : Editions Belin, coll. Infographie, 2014 : 95 p., 15 €.



Nouvelle revue : Éducation, Santé, Sociétés

La revue *Éducation, Santé, Sociétés* s'inscrit dans la toile tissée par le Réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRÉS). Elle répond au besoin de créer un espace francophone de diffusion et de production scientifiques dans les champs de savoirs pluridisciplinaires de l'éducation et de l'apprentissage, de la santé, de l'école, de la formation des adultes, de l'éducation thérapeutique.

Revue ouverte sur les sciences de la vie, les sciences médicales et les sciences humaines et sociales, elle a reçu le soutien de l'Inpes et de la MGEN.

Destinée à l'ensemble des acteurs qui s'interrogent sur les questions d'éducation, de santé et de société, cette revue semestrielle publiera ponctuellement des numéros thématiques, dont la coordination sera confiée à un chercheur reconnu dans son domaine. À côté des articles portant sur des recherches empiriques (rubrique « Recherches »), la revue offrira également une place à des réflexions méthodologiques ou épistémologiques, ainsi que des recensions et revues de littérature, des protocoles de recherches en cours, et des monographies (rubrique « Perspectives »), susceptibles de participer à la réflexion dans ce champ en émergence.

Le premier numéro, paru en octobre 2014, aborde notamment : la littératie en santé, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, un exemple de dispositif pédagogique en éducation pour la santé, l'entretien de « corégulation » en éducation thérapeutique...

Sandra Kerzanet

Disponible sur commande en format papier (par numéro ou par souscription), tous les numéros sont accessibles en ligne sans restriction et dans leur intégralité. Plus d'informations : <http://unires-edusante.fr/recherche/revue-scientifique/>

Consultations Jeunes Consommateurs

retrouvez notre campagne et les adresses des CJC en ligne



Aujourd'hui, si un jeune est concerné par une addiction ou cherche de l'information sur le sujet, il peut en parler à son médecin généraliste et/ou se rendre dans l'une des 400 « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC). Animées par des professionnels des addictions et de l'adolescence, elles accueillent gratuitement les jeunes de 12 à 25 ans et/ou leurs parents pour leur permettre de faire le point sur diverses consommations (alcool, cannabis, jeux vidéo, tabac, etc.). Ce **dispositif de proximité, confidentiel et gratuit** demeure méconnu des familles. C'est pourquoi la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et l'Inpes ont lancé le 12 janvier 2015 une campagne de communication à destination des parents.

Consultez l'espace CJC sur www.drogues-info-service.fr, vous y trouverez :

- **la présentation de la campagne** (3 spots TV, brochure, affiches...);
- **une vidéo reportage** pour mieux comprendre ce qu'est une CJC et à qui elle s'adresse;
- **l'annuaire des 400 CJC** doté d'un outil de recherche simplifié et de proximité;
- **des modules interactifs** (questions-réponses, forums, témoignages, tchats individuels).



Vous pouvez également obtenir des informations en téléphonant au 0 800 23 13 13, 7 jours/7, de 8h à 2h, appel anonyme et gratuit d'un poste fixe (depuis un portable au coût d'un appel ordinaire au 01 70 23 13 13).

équilibres

www.inpes.sante.fr
inpes

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

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

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

Les Ireps vous accompagnent

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

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

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



nouveaux
modules

Université d'été francophone

formations
échanges
forums
débats
conférences
rencontres...

en **SANTÉ PUBLIQUE**

12^{ème}

ÉDITION

Pour la 12^e année consécutive, l'Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté, la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et l'École des hautes études en santé publique (EHESP), ainsi que leurs partenaires, organisent l'Université d'été francophone en santé publique.

Besançon

du 28 juin au 3 juillet 2015

Renseignements et inscription

Lara DESTAING
Université d'été francophone
en santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie
19 rue Ambroise Paré - CS 71806
25030 Besançon cedex
Tél. : 03 81 66 55 75

Courriel : lara.destaing@univ-fcomte.fr
Site : www.ars.sante.fr/Univete.96210.0.html

Cette semaine de formation et d'échanges s'adresse particulièrement aux professionnels, élus, usagers œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Tout au long de la semaine, chaque participant prendra part au module qu'il aura choisi parmi les quinze grands thèmes de santé publique proposés, dont 8 feront cette année leur (ré)apparition :

- Construire ensemble des actions communautaires de promotion de la santé : pourquoi et comment ?
- Recours aux dispositifs de prévention aux différents âges de la vie : du droit universel à l'accès réel
- Projets territoriaux de santé : mise en œuvre et animation

- Dépistages et santé publique : intérêt, limites et questions en débat
- Nouvelles technologies de l'information et de la communication au service de la santé pour tous
- Production et utilisation de données qualitatives dans le champ de la santé publique
- Les addictions : des défis et des actions en débat
- La question du handicap : un devoir collectif et des engagements pluriels

Des tables rondes, des présentations de travaux personnels, des stands de diverses institutions ou associations... seront organisés tout au long de la semaine pour faciliter les échanges entre participants et intervenants originaires de nombreux pays de la francophonie. Chaque matin, le journal de l'Université d'été donnera les dernières nouvelles sur la vie du campus.



UFC
UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
19 rue Ambroise Paré - CS 71806
25030 Besançon cedex

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES
EN SANTÉ PUBLIQUE
EHESP

ars
Agence Régionale de Santé
Franche-Comté

ufr
SMP

Avec le soutien de :



Ville de
Besançon

et en collaboration avec :
L'École de Santé publique, Faculté de médecine, Université de Lorraine
L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne