

ÉDUCATION SANTÉ

FÉVRIER 2015

308

École 21, promotion de la santé et développement durable

*Philippe Lorenzo,
Sandrine Broussouloux
et Virginie Tintinger*

Ne paraît pas en août — Bureau de dépôt: Bruxelles X - ISSN 0776-2623 — Numéro d'agrégation: P401139 — Éditeur responsable: Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40, 1031 Bruxelles. Crédit photo: Fotolia

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

www.educationsante.be

INITIATIVES

Évaluation du dispositif École 21 : des pistes pour sa pérennisation

Philippe Lorenzo (Ireps Picardie), Sandrine Broussouloux (Inpes), Virginie Tintinger (Coreps Nord – Pas-de-Calais)

École 21 est un dispositif expérimenté à partir de 2008 dans le cadre du projet franco-belge *Génération en santé*, co-financé par le programme européen Interreg IV France-Wallonie-Vlaanderen¹ et les institutions locales (provinces en Belgique, agences régionales de santé et collectivités locales, en France).

Pendant les quatre années de cette expérimentation, une vingtaine d'établissements scolaires belges et français, du primaire et du secondaire, ont été accompagnés par les services de promotion de la santé des provinces (Hainaut, Namur, Luxembourg) et par les Ireps (Nord – Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne) pour développer des projets associant les valeurs et les objectifs de la promotion de la santé et ceux du développement durable².

Le bien-être est au cœur du dispositif.

Il concerne autant l'amélioration du cadre de vie que des relations interpersonnelles entre élèves, ainsi qu'entre les élèves et les enseignants.

Le double ancrage d'École 21 a conduit à l'élaboration de projets variés dans les établissements pilotes. Par exemple, la création d'un jardin potager est un projet que l'on retrouve dans plusieurs établissements. En effet, sa mise en œuvre permet de prendre en compte simultanément des objectifs de promotion de la santé et de développement durable ; la réalisation d'un tel projet dépendra fortement du contexte dans lequel l'établissement évolue.

L'évaluation proprement dite a débuté en 2012, soit à un an du terme du projet, par la création d'un groupe de travail composé d'opérateurs belges et français³ d'École 21 avec la participation de l'Inpes. L'enjeu de l'évaluation était d'identifier les éléments sur lesquels s'appuyer pour pérenniser le

dispositif, voire le déployer au-delà de la zone d'expérimentation.

L'évaluation a été menée à partir de l'outil de catégorisation des résultats (OCR) de projets de promotion de la santé et de prévention⁴ et sur le modèle développé par Nutbeam⁵. Elle a pris pour objet les conditions d'implantation d'École 21 et non pas les actions mises en œuvre dans les établissements ou une mesure de leur impact sur la santé des élèves.

*L'implication du chef
d'établissement
est essentielle et
incontournable pour
légitimer le projet dans
l'établissement.*

Sur le plan méthodologique, des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies. Un questionnaire a également été envoyé à tous les établissements engagés dans le dispositif (13 retours sur 19). Vingt-deux entretiens semi-directifs ont été réalisés, tant auprès des opérateurs belges et français (n=9) qu'auprès d'établissements scolaires (n=13) de part et d'autre de la frontière. Enfin, une analyse documentaire a été réalisée à partir des comptes rendus des réunions des différents comités structurant le dispositif et des documents de cadrage initiaux décrivant le projet École 21.

L'évaluation a permis de mesurer les facteurs facilitant ou freinant de la mise en place d'École 21.

Une structuration nécessaire

L'inscription du dispositif École 21 dans un programme européen doté d'une enveloppe financière pluriannuelle au montant connu a largement contribué à sa promotion auprès des écoles et à son implantation. Cela a de surcroît favorisé la concertation entre les différentes parties prenantes tout en les légitimant dans leurs actions. Le financement accordé a porté sur la coordination des opérateurs français et belges (financement des réunions des différents comités structurant le dispositif) et l'accompagnement des établissements scolaires par les opérateurs.

Plusieurs comités de pilotage, de surveillance ou d'information avaient été imaginés lors de l'écriture du dispositif. De tous ces comités, agissant au niveau transfrontalier, national ou local, l'évaluation révèle que deux d'entre eux se sont avérés opérant : le comité franco-belge et la plate-forme transfrontalière. Les comités français et belges, après avoir chacun été réunis une fois, ont été abandonnés car les points abordés dans chacun des comités étaient semblables et parce que la plupart de leurs participants se retrouvaient dans le comité franco-belge. Ce dernier a fonctionné comme un comité de pilotage institutionnel pour

1. Ce projet a été financé à 50 % par Interreg IV (Feder), et à 50 % par les collectivités locales et institutions régionales ou provinciales.

2. Pour plus de détails, nous vous renvoyons aux articles de Denis Dangaix 'École 21 un moyen pour sensibiliser les collectivités territoriales', La Santé de l'Homme, janvier-février 2011, n° 411, p. 43 et 44 et celui de Virginie Tintinger, Philippe Lorenzo et Sandrine Broussouloux 'Promotion de la santé et développement durable dans les collèges en France et en Belgique', La Santé en action, mars 2014, n° 427, p. 38 et 39.

3. Pour la France, les Ireps de Champagne-Ardenne, Nord – Pas-de-Calais et Picardie, le rectorat de l'académie d'Amiens ; pour la Belgique, les provinces de Hainaut, Luxembourg et Namur.

4. http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf

5. Nutbeam, Don (2000) : Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, in Health promotion international 15, 259-267.

le projet. Ce fut un lieu d'information, de valorisation et de visibilité des actions des écoles. C'est aussi au niveau transfrontalier que s'est effectué le repérage des écoles dans le dispositif. Au niveau de la région, ou de la province pour la Belgique, le dispositif *École 21* prévoyait l'organisation d'un comité régional dont le rôle était de coordonner les actions menées à l'échelle du territoire académique, de permettre des échanges entre les établissements *École 21*, d'établir des liens avec les intervenants extérieurs. L'évaluation a montré que ces comités ont été très peu réunis, tant du côté français que du côté belge, en raison de l'existence du comité franco-belge, jugé plus opérationnel. Cependant, dans l'hypothèse d'un déploiement du dispositif *École 21*, et en dehors du programme Interreg IV, la mise en place d'un comité régional garde a priori toute sa pertinence. De façon complémentaire, la plate-forme transfrontalière, réunissant les seuls opérateurs, a assumé le rôle d'un comité par la supervision et la coordination des activités et en en permettant la réalisation. Elle a servi d'espace d'échange et de prise de décisions. Ce fut la colonne vertébrale du dispositif *École 21*.

C'est également au niveau européen qu'étaient prévues les modalités de communication du dispositif : un concours de logo a été organisé auprès des écoles engagées afin de créer une charte graphique *École 21*. Cette action a été perçue très positivement et a permis de créer une dynamique autour du projet dans les établissements. Cela a également contribué à rendre visible le dispositif et a favorisé le sentiment d'appartenance à un réseau d'écoles.

En revanche, le site Internet *École 21* et la lettre électronique ont été finalement peu utilisés par les écoles et même les opérateurs. Souvent, les établissements ont créé leur propre rubrique *École 21* sur leur site.

Un accompagnement incontournable par un tiers extérieur

L'évaluation montre que l'accompagnement des établissements a été le facteur clé de la mise en œuvre du dispositif et de sa réussite



Photo © Fotolia

globale. La posture des opérateurs n'a pas été de « faire à la place de », mais bien d'être en appui à l'équipe projet *École 21*, lorsqu'il y en avait une, ou à tout le moins au référent *École 21* de chacun des établissements. Il ne s'agissait pas pour les opérateurs de se substituer aux équipes internes des établissements, mais bien d'accompagner l'émergence d'une dynamique. Cet accompagnement a d'abord consisté en la réalisation d'un état des lieux, première étape du dispositif, puis à la définition du plan d'action et, enfin, au suivi des actions. L'évaluation rapporte que les rencontres opérateurs/équipes des établissements se sont faites à la fréquence d'une rencontre mensuelle à un échange tous les deux mois. Entre ces temps de rencontre, les contacts par mail et par téléphone étaient fréquents. Ce soutien a été unanimement apprécié par les équipes des établissements. Le projet prévoyait un type de structuration et l'adoption d'une méthodologie permettant l'implantation du dispositif dans l'établissement et assurant la qualité des actions entreprises. Dans chaque établissement, une équipe *École 21* a été identifiée. Dans la plupart des cas, le dispositif a été présenté en France au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), qui a pu tenir lieu de comité de pilotage local. En Belgique, le conseil de participation qui existe dans les écoles et qui peu ou prou joue le rôle du CESC n'a jamais été mobilisé et un groupe ad hoc a

été constitué. Il ressort cependant qu'au-delà, l'implication du chef d'établissement est essentielle et incontournable pour légitimer le projet dans l'établissement. Mais si l'accord du chef d'établissement est indispensable, en ce qu'il permet d'impulser une dynamique, il est nécessaire qu'il puisse identifier des relais au sein de l'équipe éducative. Le dispositif initial prévoit que le chef d'établissement nomme un référent *École 21* au sein de l'équipe éducative. Cela a été réalisé dans tous les établissements. L'évaluation montre que le référent assure la coordination de la mise en œuvre des actions ainsi que leur cohérence. Il peut également avoir un rôle d'intermédiaire entre les différentes parties prenantes du projet.

Le deuxième point sur lequel a porté l'évaluation concernait la mise en pratique des différentes étapes de la méthodologie de projet. Si la phase de diagnostic a été systématiquement réalisée dans tous les établissements, ce n'est pas le cas pour les autres étapes de la méthodologie de projet qui ont été plus ou moins mises en œuvre. Enfin, tous les établissements ont participé aux deux journées de regroupement. Ces rassemblements ont été appréciés parce qu'au-delà de leur aspect convivial, ils ont été l'occasion de valoriser les actions mises en œuvre dans les établissements.

Moyens financiers trop limités

Dans sa configuration première, le projet prévoyait un financement des actions dans les établissements scolaires. La demande de financement par le Feder a dû cependant être revue à la baisse avant la validation définitive du projet. Ce financement a été supprimé, les opérateurs escomptant trouver des financements en région, ce qui ne fut pas réellement le cas partout. Les entretiens menés auprès des écoles ont donc légitimement pointé cette absence de financement accordé directement aux établissements.

Mais ce qui semble avoir été le plus pénalisant est l'impossibilité de financement de déplacements des établissements afin de pouvoir faire se rencontrer élèves et équipes *École 21*. Ce point a été signalé dans tous les entretiens. Or, tant les équipes des établissements

que les opérateurs ont souligné combien ces échanges auraient pu conforter le sentiment d'appartenance à un dispositif et aurait permis de créer un 'réseau' d'établissements mus par une même dynamique. *In fine*, la poursuite du dispositif *École 21* dans les écoles engagées est largement adossée à la possibilité de tels échanges.

Cependant, et pour compenser ce défaut d'échange, deux rassemblements de l'ensemble des écoles ont été organisés en 2011 et 2012. Ces deux journées, qui en plus de permettre un échange de pratiques et une valorisation des actions entreprises par les établissements, ont été remarquées par les participants pour leur convivialité et leur ouverture.

En conclusion, *École 21* est un dispositif très largement apprécié par les équipes des établissements qui l'ont expérimenté. La plupart d'entre elles souhaitent poursuivre la dynamique initiée bien que

les financements européens se terminent. L'implantation d'un dispositif de ce type repose sur plusieurs éléments clés, tels que l'adhésion du chef d'établissement et la nomination d'un référent *École 21* au sein de l'établissement ou aussi l'accompagnement méthodologique en particulier pour réaliser la phase diagnostic préalable à la mise en place des actions mais aussi pour le suivi des actions. Le cadre d'un financement pluriannuel assuré, s'étendant de la coordination aux actions dans les écoles, est un élément catalyseur.

Aujourd'hui, le dispositif *École 21* poursuit son implantation. En transfrontalier, *École 21* est l'un des axes du projet *Thiérache santé prévention* (Interreg IV). En Picardie, le dispositif est promu dans le cadre d'une convention signée entre le rectorat de l'académie d'Amiens, l'Agence régionale de santé et la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt.

Cette convention porte sur le déploiement d'actions en matière de nutrition. Or, la nutrition a été l'un des axes forts d'*École 21*, par la diffusion de messages portant sur la consommation de fruits et de légumes, la création de jardins potagers ou l'utilisation de circuits courts en matière d'achats alimentaires dans plusieurs établissements...

Une manière de faire vivre conjointement la promotion de la santé et le développement durable !

Article suscité par notre présence au Congrès ADELFF-SFSP Santé publique et prévention, qui s'est déroulé du 17 au 19 octobre 2013 à Bordeaux. Voir le texte de Carole Feulien 'Trois jours à Bordeaux, entre soleil et prévention...', Éducation Santé n° 295, décembre 2013, p. 2 et 3, <http://educationsante.be/article/trois-jours-a-bordeaux-entre-soleil-et-prevention-retour-sur-le-congres-de-ladelf-et-de-la-sfsp/>

Les écoles renferment le terreau des inégalités de santé

Le projet SILNE, Smoking Inequalities – Learning from Natural Experiments

Pierre-Olivier Robert ¹, Marie-Aline Tihon, Victoria Eugenia Soto ², Vincent Lorant ³

Le tabagisme est responsable d'environ un décès sur cinq dans les pays développés. Il affecte également la qualité de vie, en augmentant le nombre d'années de vie avec incapacité (13 % de toutes les incapacités) [1]. Le tabac reste donc encore et toujours une problématique importante de santé publique : près d'un quart de la population belge fume [2]. D'autant plus qu'un individu devient rarement fumeur à sa majorité : c'est à l'adolescence (entre 13 et 18 ans) qu'ont lieu les premiers contacts avec la cigarette.

De plus, en Belgique, 14 % des élèves du secondaire fument tous les jours [3] et sont déjà dépendants. La littérature scientifique a montré que les relations sociales à l'adolescence jouent un rôle dans la transmission de comportements de santé dont le tabagisme [4]. Les adolescents passant le plus clair de leur temps à l'école, une part importante de leur socialisation amicale se déroule dans le milieu scolaire.

Ce qui fait du contexte scolaire un terrain idéal pour étudier l'effet de la socialisation par les pairs sur les comportements de santé. Le projet européen SILNE vise à comprendre comment les liens sociaux entre les adolescents scolarisés affectent ces comportements. À terme, l'objectif est d'aider les écoles à jouer un rôle dans la prévention du tabac chez les jeunes scolarisés. Dans cet article, nous

présentons brièvement cette recherche et ses résultats concernant le tabac. Cet article est aussi l'occasion de restituer partiellement les résultats de l'enquête à la Communauté éducative et aux écoles qui ont participé à la recherche.

En quoi consiste SILNE ?

SILNE teste l'hypothèse que le tabagisme est un comportement social : les adolescents

¹ Assistant de cours à la Faculté de Santé publique de l'UCL et doctorant à l'IRSS (Institut de Recherche Santé et Société)

² Coordinatrice européenne du projet SILNE, chercheuse à l'IRSS

³ Professeur à la faculté de Santé publique de l'UCL

fumeurs se regrouperaient entre eux de même que les adolescents non-fumeurs. Ce comportement social (appelé 'effet de pairs' dans la littérature) peut s'expliquer par la pression des pairs, par l'influence des normes du groupe et par le bénéfice retiré de la pratique d'un comportement en groupe plutôt que seul [5].

De plus, la littérature suggère que le risque de commencer à fumer est directement proportionnel au pourcentage de fumeurs dans l'école [6]. Il est donc important de comparer les écoles entre elles. À cette fin, SILNE utilise les outils d'analyse des réseaux sociaux visant à décrire les relations sociales au sein des écoles (liens d'amitié et de coopération) ainsi que les comportements liés à la santé. En Belgique, cette enquête a été réalisée en 2013 par des chercheurs de l'Institut de Recherche en Santé et Société (IRSS) de l'UCL. Dans six villes d'Europe (Namur-Belgique, Tampere-Finlande, Hanover-Allemagne, Latina-Italie, Amersfoort-Pays-Bas, Coimbra-Portugal), 11 015 élèves de troisième et quatrième secondaire (moyenne d'âge de 15,2 ans) ont participé à l'enquête dans 50 écoles, sur un total de 13 870 étudiants répertoriés, soit un taux de participation de 79 %.

Ces dernières ont été classées en fonction du statut socio-économique de leur public (écoles accueillant des élèves moins favorisés comparées à celles qui accueillent des élèves plus favorisés).

Quelques mots concernant la méthode : dans chaque école, les relations sociales des élèves du deuxième degré de l'enseignement secondaire ont été représentées sous forme d'un graphique, qui reconstitue le réseau social de ces derniers. Tous les élèves des classes concernées ont été sollicités pour remplir un questionnaire à propos de leurs relations sociales (qui sont mes amis proches au sein de mon école ?) et de leurs comportements de santé (tabac, alcool, cannabis, activités sportives...).

Résultats SILNE à Namur

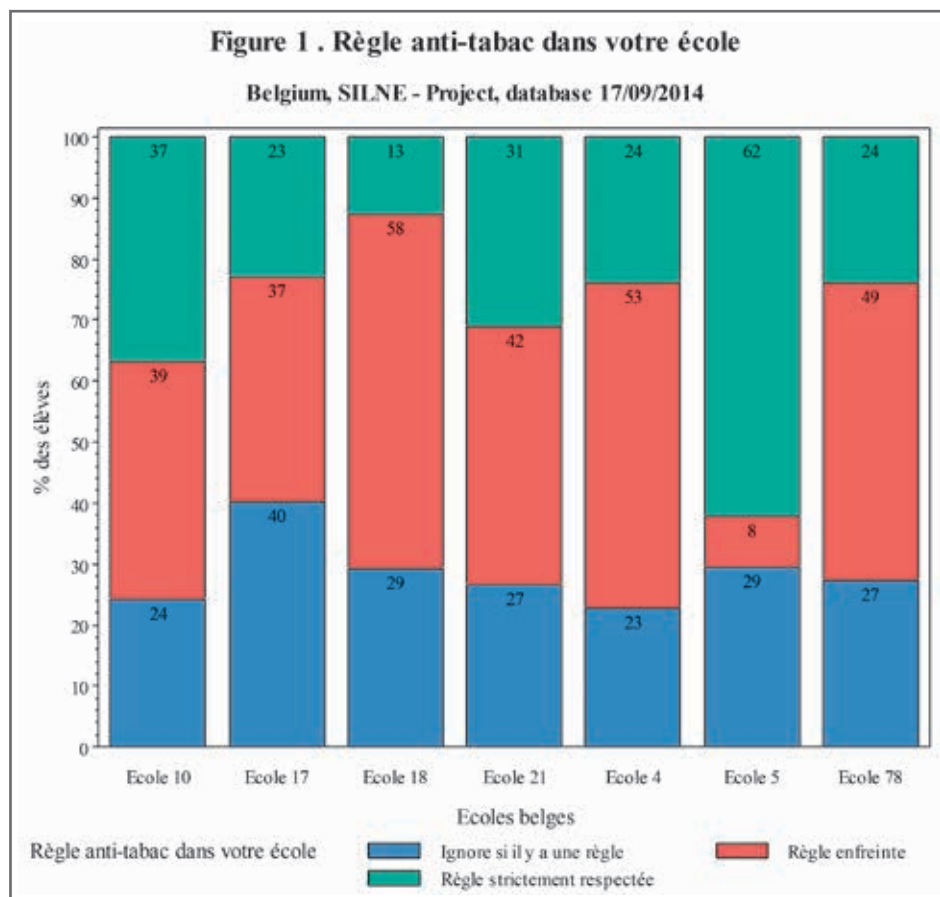
Si le tabagisme reste une problématique européenne importante, avec en moyenne 20 % de jeunes fumeurs réguliers

Tableau 1. Prévalence du tabagisme en fonction du niveau socio-économique des écoles

fumeur régulier	Namur		Europe	
	statut socio-économique		Statut socio-économique	
	moins favorisé	plus favorisé	moins favorisé	plus favorisé
oui	28,7%	17,9%	26,9%	14,8%
non	71,3%	82,1%	73,1%	85,2%
Total	100%	100%	100%	100%

(définis comme fumeur minimum une à deux cigarettes par semaine), Namur se distingue avec une prévalence de 24 % de fumeurs réguliers. En outre, ce pourcentage varie fortement d'une école à l'autre : 30 % (ou plus) de fumeurs réguliers dans trois écoles (écoles 18, 10, 78)⁴, 21 % de fumeurs réguliers dans deux écoles (4 et 17), et près de 15 % dans les deux dernières écoles (5 et 21). Notons que ce pourcentage varie aussi selon le public des écoles : les écoles à public plus favorisé sont moins confrontées à ce problème que les autres. Cette différence s'observe également au niveau européen (voir tableau 1). Depuis le décret de la Communauté française de mai 2006 [6], fumer dans l'enceinte de l'école est strictement interdit.

L'étude SILNE montre cependant que le respect des règles en la matière est faible et très variable entre les écoles (voir figure 1). En effet, seuls les élèves de l'école 5 (15 % de fumeurs réguliers) déclarent en majorité (62 %) que les règles en matière de tabac sont strictement respectées. À l'inverse, dans l'école 18 (33 % de fumeurs réguliers), seuls 13 % des élèves disent que les règles sont strictement respectées. C'est aussi dans cette école 18 que le plus d'élèves (61 %) déclarent voir d'autres élèves fumer dans l'enceinte de l'école, contre seulement 4 % dans l'école 5. Ces disparités concernent également les enseignants : 56 % des élèves de l'école 18 disent voir fumer le corps enseignant⁵ contre 4 % dans l'école 5. Les règles



4. Voir figure 1 : 'Règle anti-tabac dans votre école'.

5. La question ne précisant pas si les professeurs ont été vus en train de fumer dans l'école ou non.

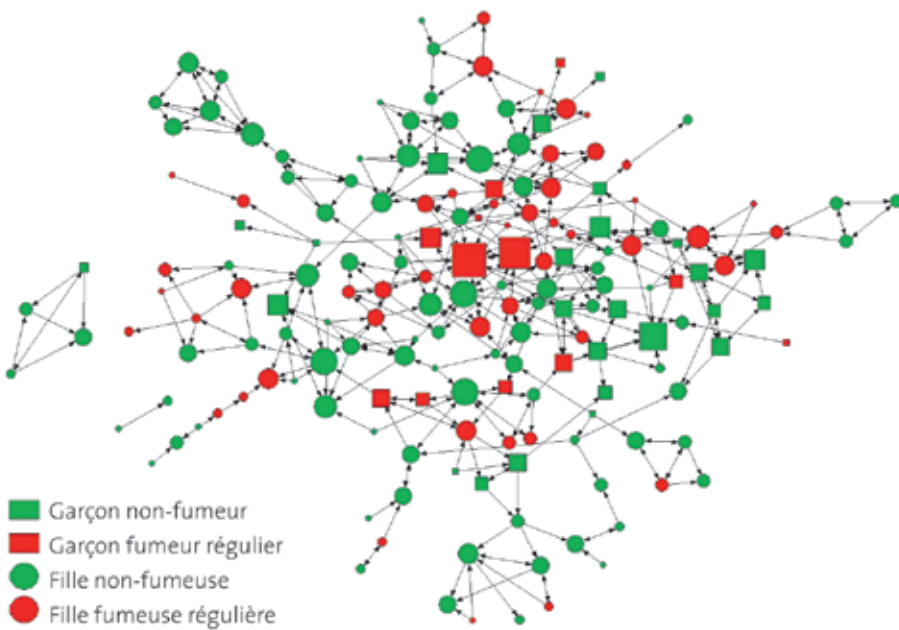
concernant le tabac ne sont donc pas appliquées de la même manière d'une école à l'autre. Certes, il est sans doute plus difficile pour une école de faire respecter les règles lorsque la prévalence de fumeurs dépendants est élevée.

Le respect de la réglementation est un facteur explicatif parmi d'autres, à côté du tabagisme des pairs et des parents. D'une manière générale, les élèves ont tendance à surestimer le pourcentage de fumeurs dans leur école. Cette surestimation nous amène à porter notre attention sur les relations d'amitié des adolescents.

SILNE montre que la probabilité qu'un élève fume augmente si ses amis fument et si les amis de ses amis fument. En moyenne, 34 % des élèves namurois (fumeurs et non-fumeurs confondus) ont un meilleur ami fumeur.

Dans toutes les écoles, le nombre de meilleurs amis fumeurs était toujours plus élevé que le pourcentage de fumeurs réguliers dans l'école. Cela montre que les fumeurs occupent une place centrale dans les réseaux sociaux. La figure 2 illustre ce phénomène pour l'école 18. Cette école qui rassemble les trois filières (mais accueille plus d'élèves de l'enseignement technique et professionnel) est composée de 62 % de filles avec une moyenne d'âge de 16 ans pour la troisième et quatrième secondaire. En important, dans le logiciel UCINET⁶, la base de données de l'enquête reprenant les attributs des élèves et les personnes citées par les élèves de l'école enquêtée, nous pouvons créer des matrices carrées qui correspondent chacune à différentes relations étudiées. Grâce à ce logiciel, nous pouvons notamment établir le graphe des relations sociales (réseau) des individus en tenant compte de certains de leurs attributs (sexe, comportement de santé, popularité...) et enfin calculer un certain nombre de dimensions de ce réseau (densité, centralité, réciprocité, homophilie ou hétérophilie) à l'aide de ces graphes et des calculs matriciels. La figure 2, dessinée sur NetDraw (UCINET), représente les relations d'amitié entre les individus de l'école 18 ainsi que leurs principaux attributs (sexe, popularité et fumeur ou non).

Figure 2 : Population de 3^e et 4^e secondaire d'une école namuroise, mars 2013, étude SILNE (n=183)
Taille croissante en fonction de la popularité (=nombre de citations)



Dans les questionnaires distribués par les chercheurs, il a été demandé aux élèves de citer leurs cinq amis proches dans l'école. Chaque point du graphe correspond à un élève. Lorsqu'un élève en cite un autre, un trait est tracé entre eux-ci. Les traits sont orientés, les flèches indiquent le sens du lien d'amitié. Un lien d'amitié entre deux élèves est réciproque quand ceux-ci se citent mutuellement. Plus un élève a été cité par les autres, et plus la forme qui le représente sera grande.

Comme l'on peut le voir sur ce graphique, les fumeurs réguliers ont tendance à être moins isolés que les non-fumeurs. De plus, les deux élèves les plus populaires de l'école sont deux fumeurs réguliers. Le graphique montre un effet de regroupement (clustering) des élèves qui présentent un comportement tabagique similaire. En effet, les fumeurs ont tendance à se citer entre eux.

Ce graphique montre la place centrale occupée par les fumeurs dans ce réseau et l'influence qu'un groupe d'amis partageant le même comportement peut avoir sur l'adoption et le maintien d'un comportement (tabagisme par exemple) chez un adolescent.

Conclusion : inégalités et tabagisme

La problématique du tabagisme ne semble plus être en tête de l'agenda des écoles. Celles-ci se justifient en soulignant la priorité d'autres problématiques telles que le cannabis et l'alcool [7]. Pourtant, SILNE a montré que le nombre de jeunes fumeurs à l'école reste élevé, relevant par là toute l'actualité de la problématique du tabac. De plus, les écoles peuvent jouer un rôle important dans la lutte anti-tabac. Sans doute le rôle du corps enseignant dans ce domaine doit-il être questionné : est-il possible d'appliquer une réglementation si elle n'est pas soutenue par les enseignants [8] ? Comme nous l'avons constaté, la réglementation semble peu appliquée et l'est de manière variable entre les écoles. De plus, les écoles où il y avait le plus de fumeurs réguliers étaient aussi celles où les réglementations tabagiques étaient les moins connues et les moins respectées. Renforcer la connaissance et l'application des règles anti-tabac pourrait être une piste pour prévenir le tabagisme. En effet, la réglementation portant sur le tabac est un instrument efficace de santé publique permettant de réduire

6. Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.L. 2002. Ucinet for Windows : Software for Social Network Analysis. Harvard, MA : Analytic Technologies.

RÉFLEXIONS

L'avenir des soins de santé...

Pensons 'soins' mais aussi 'santé' !

Luc Berghmans, Professeur d'Université, Yves Coppieters't Wallant, Président, Alain Levêque, Vice-président, École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

En ces temps de préparation de budgets publics marqués du sceau de l'austérité rigoureuse ou, subtilité sémantique, de la rigueur austère, les médias relaient quasi quotidiennement à des prises de position sur l'avenir de la sécurité sociale et plus particulièrement du système des soins de santé.

C'est que la masse financière en jeu est importante (environ 26 milliards d'euros par an); de quoi aiguïser les tentations comptables d'économies.

Les réactions inquiètes des usagers et des acteurs sociaux et professionnels reflètent bien l'attachement de la population à un système qui garantit, dans une large mesure, l'accès à des soins médicaux de qualité. Les propositions visant à pérenniser le modèle concernent le mode de financement des hôpitaux, une politique rationnelle des médicaments, une meilleure utilisation des soins de première ligne, etc.

Système de soins et système de santé

Étonnamment, l'option d'un renforcement des politiques de promotion de la santé et de la prévention, qui relève pourtant d'une évidence de santé publique et du bon sens, semble peu à l'ordre du jour, pour ne pas dire pas du tout. Cela s'explique peut-être par l'absence de tradition dans la mise en place efficiente de programmes de promotion de la santé et de prévention, peut-être aussi par la dispersion des responsabilités entre les différents niveaux de pouvoir, dispersion que l'actuelle réforme de l'État ne résout pas, peut-être encore par le caractère dérisoire des budgets spécifiques alloués à la promotion de la santé, se traduisant, sur le terrain, par un manque criant de moyens mais aussi par un désintérêt non seulement de nos responsables politiques mais aussi des médias et des commentateurs de la vie politique et sociale.

La confusion encore très (trop) répandue entre ce que l'on appelle un système de

soins et ce que doit être un système de santé nourrit cette situation de faiblesse des politiques de promotion de la santé dans notre pays.

Des soins de qualité sont nécessaires mais pas suffisants pour apporter de manière réellement équitable les conditions de maintien d'une bonne santé pour tous. L'Organisation mondiale de la santé a synthétisé les connaissances scientifiques sur le sujet : les conditions de naissance et de vie, la qualité de l'environnement et du logement, le bien-être au travail, l'emploi, le revenu, le niveau d'éducation sont des déterminants majeurs de la santé.

L'option d'un renforcement des politiques de promotion de la santé et de la prévention, qui relève pourtant d'une évidence de santé publique et du bon sens, semble peu à l'ordre du jour, pour ne pas dire pas du tout.

En Belgique, de nombreuses études (enquêtes nationales de santé, tableaux de bord de la santé en Hainaut, à Bruxelles, en Wallonie, rapports de la Fondation Roi Baudouin) ont documenté et quantifié l'impact de ces facteurs sur la santé des Belges.

Quelques chiffres en illustrent l'ampleur : on constate un écart d'espérance de vie de 7 ans entre classes sociales défavorisées et aisées ; cet écart est de 18 ans si l'on s'intéresse à l'espérance de vie en bonne santé ; on observe également 50 % de sur-

incidence des maladies cardiovasculaires chez les plus défavorisées, etc. Ces inégalités sociales en matière de santé s'installent dès l'enfance.

Les conditions de vie entraînent une distribution inéquitable suivant les groupes sociaux des facteurs de risque et de protection, en particulier par rapport aux maladies chroniques. Et ces maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires et diabète) représentent 67 % des causes de décès en Wallonie soit quelque 24.600 décès annuels. L'OMS et la plupart des organisations internationales de santé publique et médicales s'accordent pour lier ces problèmes de santé à quatre facteurs de risque principaux sur lesquels il est possible d'intervenir : le tabagisme, le déséquilibre alimentaire, la sédentarité et une consommation abusive d'alcool. En agissant prioritairement sur les trois premiers facteurs de risque communs, on peut espérer réduire de 50 % la charge des maladies chroniques. D'après l'OMS, en Europe, les pathologies non transmissibles représentent 77 % de la charge de morbidité, c'est-à-dire le poids des années de vie perdues prématurément (avant 70 ans) et des années vécues avec les maladies et les handicaps qu'elles occasionnent. De plus, elles sont responsables de près d'un tiers des causes d'hospitalisation et elles occasionnent des traitements lourds humainement et coûteux pour la sécurité sociale.

Faire enfin ce que tout le monde sait

Le constat est clair : les luttes et politiques sociales des dernières décennies ont

permis un accès relativement équitable aux soins mais pas à la santé ! Plus que jamais en cette période de crise qui fragilise de larges couches de la population, les politiques de santé ne peuvent se limiter au seul maintien de soins de qualité.

Deux voies d'actions complémentaires peuvent être proposées :

- intégrer les dimensions bien-être, santé, équité dans toutes les politiques publiques (logement, emploi, éducation, culture, petite enfance, revenus, environnement, mobilité...). Cette façon d'agir est une réalité dans certains pays. Elle est grandement dépendante des orientations politiques et de la capacité de nos décideurs à coordonner des plans d'action cohérents entre les niveaux de pouvoirs, y compris locaux ;
- renforcer structurellement la promotion de la santé et en faire une composante à part entière des politiques publiques et d'un véritable système de santé.

Ce n'est pas une révolution... C'est simplement mettre en pratique ce que

« *tout le monde pense* » et ce que « *tout le monde sait* » : la promotion de la santé vise à créer des conditions de vie qui permettent le développement du bien-être ! Elle donne à la population un meilleur contrôle sur les moyens de préserver et d'améliorer sa santé. Cela va donc bien au-delà de la simple information du public. Bien sûr cette information est indispensable : elle doit être accessible à tous, scientifiquement valide, éclairante, ni culpabilisante, ni moralisatrice. Mais cela n'est pas suffisant. Il faut aussi améliorer les conditions et les environnements de vie et de travail pour les rendre propices au bien-être et à la santé. Menus équilibrés dans les cantines scolaires, espaces verts dans les quartiers, villes et villages piétons et cyclistes admis, protection de la qualité de l'air, qualité et accessibilité, y compris financière, de l'offre alimentaire, régulation éthique du marketing visant les enfants, protection contre la fumée du tabac, actions de renforcement des liens sociaux, promotion

de l'activité physique de loisir, lutte contre la pollution sonore, promotion des modes de transport collectif... sont quelques illustrations de l'action de promotion de la santé dans les milieux de vie.

La promotion de la santé ne peut donc se concevoir qu'avec la participation des acteurs sociaux et économiques, professionnels des soins, élus, enseignants, élèves, éducateurs, associations, clubs, familles, professionnels... Elle doit s'appuyer sur un approfondissement du débat démocratique sur les choix de société qui conditionnent la qualité de vie et l'équité.

En ces temps de préparation de budgets publics marqués du sceau de l'austérité rigoureuse ou, subtilité sémantique, de la rigueur austère, pourquoi ne pas ouvrir le débat autour de la réforme de notre système de santé !

Texte paru le 12 novembre 2014 dans La Libre Belgique et reproduit avec son aimable autorisation

STRATÉGIES

Politique de santé : le citoyen a son mot à dire

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

En Belgique, c'est le ministre de la santé qui décide si un nouveau traitement sera remboursé ou non. Il/elle se base pour cela sur les avis des experts des commissions de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Ces avis reposent sur des preuves scientifiques mais aussi sur un arbitrage entre de nombreux autres critères. Idéalement, cet arbitrage devrait également tenir compte des préférences des citoyens, mais jusqu'à aujourd'hui, ces préférences n'ont jamais été étudiées de manière systématique.

Le KCE a tenté de les identifier en réalisant une enquête de population, avec un maximum de rigueur et d'objectivité.

Il en ressort que le Belge accorde une grande importance à la qualité de vie en cas de maladie, par rapport à un allongement de la seule espérance de vie. Cette étude est destinée à aider les décideurs à établir une procédure plus transparente pour les guider dans leurs choix futurs.

L'INAMI conseille, le ministre décide

Il est parfois difficile d'accepter que tous les nouveaux médicaments et toutes les nouvelles technologies de santé ne soient pas immédiatement remboursés par l'assurance maladie. Nous savons tous que la réalité économique limite ces possibilités. Mais ce n'est jamais le seul facteur. D'autres critères entrent en ligne de compte dans les décisions de rembourser ou non un nouveau traitement, tels que sa sécurité d'utilisation, son efficacité, l'amélioration qu'il apporte à

la qualité de vie ou à l'espérance de vie des personnes malades, etc.

En Belgique, ces décisions se prennent au terme d'un processus bien défini, au cours duquel des experts, réunis en commission à l'INAMI, consultent les résultats d'études scientifiques et délibèrent entre eux sur la valeur ajoutée du nouveau traitement pour les patients et la société. Ils rendent ensuite un avis au ministre, qui prend la décision finale et en endosse la responsabilité politique.

Une procédure complexe et des choix difficiles

Le KCE étudie depuis plusieurs années ce processus de décision, dans le but d'accroître sa transparence et sa légitimité au regard de la société. Il s'agit en effet d'un processus très complexe car les experts de l'INAMI doivent tenir compte de nombreux critères tels que ceux cités plus haut et, à chaque fois, réaliser entre eux des arbitrages délicats, étant donné que chaque nouveau traitement apporte des bénéfices différents.

Comment impliquer le citoyen dans ce processus de décision ?

Il est essentiel que l'équilibrage entre critères prenne en compte les préférences de la société et des citoyens qui la composent. Jusqu'à présent, ces préférences n'ont jamais été étudiées de manière systématique. Par conséquent, les décideurs politiques en sont souvent réduits à baser leurs choix sur ce qu'ils pensent être dans l'intérêt des gens. Il est toutefois illusoire de vouloir inclure directement des citoyens dans ces débats : qui va les représenter ? De quelle manière va-t-on les sélectionner ? Il fallait donc trouver un moyen de faire valoir l'avis des citoyens d'une manière objective, c'est-à-dire en exerçant une influence identique sur chaque décision et sans laisser les émotions prendre le dessus.

L'opinion des citoyens pour pondérer les critères de décision

La solution que propose aujourd'hui le KCE n'est encore qu'une étape dans la réforme souhaitée du processus de décision global. Pour un certain nombre de critères sur lesquels s'appuient les experts de l'INAMI, le KCE a mesuré une pondération attribuée par les citoyens. Ces pondérations ont été établies par le biais d'une vaste enquête menée auprès d'un échantillon de 4 500 personnes représentatives de la population belge pour l'âge et le genre. Le questionnaire qui leur a été soumis a été élaboré avec toutes les garanties de neutralité et de rigueur scientifique.



La qualité de vie est le critère le plus important

Cette enquête a permis de dégager les préférences des citoyens quant aux critères qui devraient peser le plus lourd dans la balance lorsque des choix de remboursement doivent être faits. Les chercheurs ont d'abord tenté de déterminer pour quel type de maladie les citoyens estiment que le besoin de nouveau traitement est le plus important. Les participants ont donné la priorité aux maladies qui ont un impact important sur la qualité de vie, puis à celles dont le traitement existant occasionne beaucoup d'inconfort, et seulement ensuite à celles qui ont un impact négatif sur l'espérance de vie. En d'autres mots, les citoyens ont estimé que le besoin de nouveaux traitements est plus élevé en cas de maladie responsable d'une très mauvaise qualité de vie chez ceux qui en sont atteints mais qui ne cause pas leur décès, par comparaison avec une maladie qui n'altère pas beaucoup la qualité de vie mais qui la raccourcit. D'autres questions portaient sur des critères tels que la fréquence ou la rareté d'une maladie, les coûts des traitements, ou la valeur ajoutée d'un nouveau traitement par rapport à un traitement existant. À noter que les citoyens font preuve d'un grand sens de l'économie puisqu'ils prennent en compte les coûts des traitements pour la société. D'autres critères plus délicats, comme par exemple la question de savoir si les

personnes qui fument, ne font pas de sport ou s'alimentant mal doivent supporter une plus grande part de leurs frais de santé, n'ont pas été analysés dans cette enquête. Ces aspects sont explorés en parallèle par la Fondation Roi Baudouin, avec des méthodes plus qualitatives.

Un soutien pour l'INAMI

À quoi va servir une telle étude ? Le KCE propose à l'INAMI (qui était demandeur) d'utiliser les pondérations issues de ce travail d'enquête auprès des citoyens dans ses évaluations futures. D'après une loi récente, l'INAMI doit présenter au printemps prochain une liste de maladies pour lesquelles le besoin thérapeutique est le plus élevé. Le présent rapport pourrait apporter une aide pour cet exercice de réflexion.

Le rapport ne propose donc pas une formule magique. Son but n'est pas de remplacer le processus actuel de décision en matière de remboursement de soins de santé, mais d'y ajouter des informations sur l'importance relative que les citoyens accordent à certains avantages et inconvénients d'un nouveau traitement. Une manière de rendre les décisions politiques plus légitimes aux yeux des citoyens-payeurs.

Résumé du rapport en français : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_234Bs_Decision_remboursement_Synthese_o.pdf

Son parcours transatlantique en santé publique, son appétit pour le transdisciplinaire et son intention de toujours transbahuter les déterminants au cœur de la promotion de la santé font de Jeanine Pommier une personnalité qui compte mais qui n'aime pas parler d'elle. Nous le faisons donc à sa place...

Ses mocassins tachetés façon dalmatien résonnent dans le hall d'entrée de l'École. Pantalon marron, manteau blanc et large sourire, **Jeanine Pommier** vient me chercher et m'entraîne à l'extérieur, trop contente de prendre l'air. Nous marchons côte à côte dans le campus de l'École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes, alias EHESP, direction le café du coin camouflé au cœur du quartier résidentiel voisin. S'il pleut, comme c'est parfois le cas en Bretagne, elle ouvrira son parapluie grand format à même d'en abriter deux comme nous.

« *Mon bureau est juste ici* », glisse-t-elle sans malice à proximité d'un préfabriqué blanc visiblement récent et qui ne paie pas de mine. Les lieux sont confortables et de toute façon Jeanine Pommier n'est pas femme à se plaindre. Voici dix ans qu'elle travaille à Rennes, poursuivant à l'EHESP une carrière d'enseignant-chercheur débutée à l'École de santé publique de Nancy. « *Déjà dix ans ? Je n'ai pas vu le temps passer.* » C'est alors qu'elle annonce la couleur : « *Vous savez, je n'aime pas trop parler de moi.* »

D'origine bolivienne, Jeanine Pommier a fait ses études de médecine à Santiago au Chili, « *l'un des pays les plus riches de l'Amérique latine* » précise-t-elle. Un choix d'orientation dicté par une volonté précoce et ferme : « *D'aussi loin que je me souviens, j'ai toujours voulu être médecin pour faire de la santé publique.* »

Au terme de ses études, la jeune femme n'a pas changé d'avis et se frotte pendant quelques mois à l'exercice clinique dans un territoire isolé du Chili. Face aux patients, elle ressent le poids des déterminants sociaux de la santé « *très criants, très forts et très marqués au Chili. Ce fut d'abord une impression, un ressenti* », se souvient-elle. « *Je crois que c'est comme ça que je suis entrée*



dans la promotion de la santé. De manière très naturelle et sans aucun a priori théorique. Je me posais des questions sur l'éducation pour la santé mais n'avais pas les outils ni même les mots pour travailler là-dessus. En arrivant en France, j'ai pu le formaliser. » La France est le pays de son mari, qu'elle décide de suivre au début des années 90. À l'époque, ils n'ont pas encore d'enfant. Jeanine Pommier quitte l'Amérique du Sud pour Paris et s'engage dans une formation en économie de la santé et management des systèmes de santé à la Sorbonne. « *Mais je me suis vite aperçue que ce n'était pas ce qui m'intéressait le plus.* » Qu'à cela ne tienne, elle se tourne vers l'École de santé publique de Nancy et son cursus menant au diplôme universitaire en santé publique et santé communautaire. Cette année-là, elle fait la connaissance de **Jean-Pierre Deschamps**, pionnier de la santé publique française. Une rencontre déterminante dont Jeanine Pommier assure qu'elle l'a formatée dans ses pratiques sociales d'enseignante et confortée dans l'idée qu'il faut absolument travailler sur les déterminants de la santé. « *Les facteurs sociaux, économiques ou*

géographiques qui influencent la santé des gens sont probablement moins visibles ici qu'en Amérique latine », analyse-t-elle. « *Peut-être qu'en France on explique mal les choses aux professionnels. Ou que le constat d'une santé qui dépend de multiples facteurs sociaux et économiques dérange parce qu'il pose la question des limites du travail de chacun et de l'articulation entre eux. Il est vrai que travailler en transversalité n'est pas facile ; passer du discours à la pratique en promotion de la santé non plus.* » Cette fois-ci Jeanine Pommier accroche vraiment, décroche une thèse universitaire portant sur l'analyse des systèmes de santé et travaille à Nancy jusqu'en 2004, d'abord à l'École de santé publique de Nancy puis à la Société française de santé publique.

Adeptes de l'ouverture

Qu'il s'agisse d'enseignement ou de recherche, ses deux pôles d'attraction professionnels, Jeanine Pommier ne peut pas s'empêcher d'aller voir ailleurs, au-delà du tracé théorique de la santé publique. À l'instar des médecins de sa génération formés des deux côtés de l'Atlantique, elle a pourtant été élevée à l'école de

l'épidémiologie, méthode quantitative par excellence et principale grille d'analyse des problèmes de santé publique. « *On ne peut pas s'en contenter quand on s'intéresse à une question aussi complexe que celle des déterminants sociaux et économiques de santé* », juge Jeanine Pommier. « *Faire dialoguer les disciplines n'est bien sûr pas très confortable, d'autant que la formation doctorale est justement construite de manière disciplinaire. Mais je suis convaincue que s'intéresser à d'autres secteurs, à d'autres pratiques et à d'autres professionnels permet d'avancer vers une meilleure compréhension de nos questions de recherche.* »

Au sein du département des sciences humaines et sociales des comportements de santé (SHSC) de l'EHESP, auquel elle est aujourd'hui rattachée, la chercheuse en promotion de la santé passe à l'acte et mise sur les méthodes mixtes de recherche. Celles-ci consistent à croiser les approches quantitatives et qualitatives, non sans difficultés épistémologiques autant que techniques. Parce que « *la promotion de la santé est une discipline jeune qui a besoin de s'ouvrir et d'expérimenter plutôt que de*

fonctionner en vase clos », elle n'imagine pas se passer du regard du sociologue ou du professionnel de l'éducation pour étayer ses travaux sur l'évaluation des actions en promotion de la santé en milieu scolaire. De même en ce qui concerne ses autres axes de recherche, en particulier la prise en compte des déterminants de la santé et des inégalités sociales de santé dans les territoires. Quand il s'agit par exemple d'étudier la manière dont les Agences régionales de santé se saisissent des questions liées aux déterminants de la santé, Jeanine Pommier n'hésite pas à associer un politiste et un démographe à une séance de travail. « *Pour croiser les discours* ». On n'est donc pas surpris d'apprendre qu'elle est à l'initiative d'un récent séminaire multidisciplinaire qui interroge les apports, les conditions et les limites des méthodes mixtes de recherche pour prendre en compte la complexité des comportements de santé. Elle, modeste, en parle à peine et préfère évoquer ses collaborations fructueuses et inspirantes avec **Chantal Vandoorne**, directrice de l'APES, ou **Corinne Mérini**, spécialiste en

sciences de l'éducation, « *qui m'a beaucoup aidé à avancer dans la compréhension des pratiques professionnelles. Je sais maintenant que lorsqu'un partenariat échoue, il y a toujours une bonne raison. Il faut l'identifier, non pas pour la contourner mais pour travailler avec cette réalité-là.* »

Femme à casquettes

Pour Jeanine Pommier, la recherche en promotion de la santé n'est jamais aussi pertinente que lorsqu'elle parvient à donner plus la parole et à élargir les possibilités d'action aux individus qu'elle étudie. « *Dans les approches dites transformatives, auxquelles j'adhère complètement, la neutralité et l'objectivité du chercheur ne sont plus les seuls enjeux car il ne s'agit pas seulement d'observer les gens avec une loupe mais de leur permettre d'avancer. Vue comme cela, la recherche est aussi un engagement social et politique.* » Pour elle, il serait bon que les chercheurs en promotion de la santé s'attellent à mieux restituer le contexte de leurs actions, de manière à donner plus de visibilité aux éléments qui facilitent leur

Vers plus de 'mixité' dans la recherche

Les méthodes mixtes, traduction du terme anglophone 'mixed-methods', ouvrent-elles des perspectives intéressantes pour la promotion de la santé en général et l'évaluation en particulier ?

Comme Jeanine Pommier, **Marie-Renée Guével**, ingénieure de recherche à l'EHESP (Rennes, France) et **Gaëtan Absil**, chercheur à l'APES-Université de Liège (Belgique) en sont convaincus.

Figures de proue de ces recherches singulières qui mêlent méthodes quantitatives et qualitatives, ils n'ont rien perdu du séminaire 'Santé et société : réflexion sur l'utilisation des méthodes mixtes de recherche' ¹ organisé en novembre 2013 à l'EHESP et qui s'est fait l'écho de plusieurs travaux fondés sur les méthodes mixtes dans des domaines aussi divers que la santé au travail, la recherche

infirmière, les évaluations d'impact sur la santé (EIS) ou encore l'accès aux soins.

« *La première des raisons avancées pour utiliser les méthodes mixtes* », écrivent Marie-Renée Guével et Jeanine Pommier ², « *est de combiner les forces de méthodes qualitatives et quantitatives. Les méthodes mixtes ont en effet l'avantage de permettre l'intégration de plusieurs perspectives et sont, par conséquent, un atout pour étudier les interventions et programmes complexes, multidisciplinaires notamment dans le domaine de la santé et plus particulièrement en santé publique.* »

Plus facile à dire qu'à faire ! Car ces recherches du 3^e type, bien que pratiquées depuis le début du xx^e siècle, émergent tout juste sur le plan théorique et peinent encore à savoir qui elles sont vraiment. Leur définition exacte n'est du reste pas encore complètement consensuelle.

À quel moment intervient la combinaison des méthodes, pourquoi les associer, quels sont les éléments qui guident le recours aux méthodes mixtes sont autant de points de débat entre scientifiques.

Sans compter les autres défis à relever dans le paysage de la recherche francophone en santé publique, plus familier des études 100 % quantitatives ou qualitatives qu'au mélange des genres. Pour donner aux méthodes mixtes une chance d'exister, il faut leur faire de la place. Autrement dit, expliciter les protocoles de recherche, définir des critères de qualité pertinents, développer les compétences des chercheurs à mener de telles études, publier dans des revues professionnelles...

Anne Le Pennec

1. Documents et vidéos du séminaire disponibles sur le site de l'EHESP dédié aux méthodes mixtes : <http://real.ehesp.fr/course/view.php?id=462>

2. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration, Marie-Renée Guével, Jeanine Pommier, in *Santé Publique*, SFSP, 2012

réappropriation. « *Détailler un maximum d'éléments de contexte et lier les résultats à ce contexte est indispensable pour que les autres apprennent de nos expériences* », explique-t-elle. « *Quand un établissement scolaire par exemple développe un projet de promotion de la santé, cela consiste à rendre compte précisément de ce qui a été fait, de ce qui a marché, pour quoi ça a marché, pourquoi ça a marché. Je crois qu'on n'explique pas encore assez tout cela en promotion de la santé.* »

Comme tout enseignant-chercheur qui se respecte, Jeanine Pommier change sans cesse de casquette, alternant l'une puis l'autre sur sa chevelure brune comme si de rien n'était au cours de la journée. « *Encadrer des doctorants qui préparent leur thèse est ce que j'aime le plus* », admet-elle sans boudier son plaisir. « *Ils sont dans la découverte et la réflexion. Ce travail d'accompagnement m'oblige à lire beaucoup et à me questionner en permanence. C'est passionnant!* » En fine connaisseuse du monde académique et de ses logiques, elle souffle : « *Maintenant, il faudrait passer à l'écriture de ce travail d'accompagnement pour le valoriser.* »

En tant que directrice adjointe de son département, le plus imposant de l'EHESP par le nombre de chercheurs, elle se doit également de remplir un certain nombre de tâches administratives. Et puis il y a les heures d'enseignement en formation initiale ou continue. Devant elle défilent toutes sortes de gens, en poste ou étudiants, jeunes et moins jeunes. Des groupes de médecins inspecteurs ou de médecins de l'éducation nationale, des professionnels des agences régionales de santé, des étudiants en masters européen de santé publique, etc. « *Je partage avec eux les bases de la promotion de la santé et les aide à réfléchir à la façon dont ils peuvent développer ces approches dans le cadre de leurs pratiques* », résume-t-elle.

Avec l'expérience, elle a affiné ses armes éducatives, connaît celles qui font mouche et qui laissent des traces dans les pratiques. L'apprentissage par résolution de problèmes (problem based learning en anglais) est l'une de ses méthodes de prédilection, à condition de disposer de suffisamment de temps. « *Le groupe se*

fixe lui-même ses objectifs pédagogiques, construit une problématique, collecte les informations utiles et bâtit sa propre réponse. Ce n'est pas toujours conforme à ce que j'avais imaginé mais tant pis, c'est le jeu. De cette façon ils se saisissent des enjeux de la promotion de la santé, participent à des projets et montent en compétences. Exactement comme devraient le faire les personnes qui bénéficient d'actions en promotion de la santé! »

Parmi les interrogations des apprenants, il en est une qui revient de manière récurrente, traduisant l'inconfort de celui qui s'aventure à tenter d'influencer le comportement d'autrui : « *Comment faire si les gens ne font pas ce que je veux qu'ils fassent ?* » Jeanine Pommier n'a pas de réponse toute faite mais des convictions, qu'elle énonce avec une simplicité déconcertante : « *Il faut faire confiance aux gens et leur donner le droit de se tromper.* »

« Dans les approches dites transformatives, auxquelles j'adhère complètement, la neutralité et l'objectivité du chercheur ne sont plus les seuls enjeux car il ne s'agit pas seulement d'observer les gens avec une loupe mais de leur permettre d'avancer. Vue comme cela, la recherche est aussi un engagement social et politique » (Jeanine Pommier).

Transmettre, sensibiliser, faire bouger les postures. Tout cela exige du temps mais nourrit aussi l'enseignante. « *J'ai un peu réduit mes heures de formation dernièrement parce que j'y consacrais trop de temps au détriment du reste. Pour autant, j'ai besoin de tous ces échanges et de ces discussions qui ont lieu pendant les formations. Cela me permet de rester connectée avec le terrain.* »

Des raisons d'espérer

L'investissement associatif constitue le troisième volet de l'engagement de Jeanine Pommier en faveur de la promotion de la



« *Cette peinture est l'œuvre d'une amie chilienne, Pancha Nuñez. Elle s'intitule La fuente que contiene toda agua pintada, ce qui veut dire La fontaine qui contient toute eau peinte. Elle m'évoque bien la promotion de la santé : d'un côté une réalité peu probable (quoique...) d'avoir une seule fontaine qui ne défigure pas les différentes eaux peintes et de l'autre l'idée séduisante d'un travail collaboratif. Ou comment être ensemble, plus ou moins cohérents, tout en gardant chacun sa couleur.* »

santé. Chronophage lui aussi. À défaut de pouvoir être partout, il faut bien choisir et abandonner certaines responsabilités pour en accepter de nouvelles. Aussi, après avoir présidé pendant plusieurs années l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Bretagne, Jeanine Pommier a passé le flambeau. Elle donne aujourd'hui de son temps pour l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), organisation non gouvernementale dont le siège est Saint-Denis à côté de Paris. Ouverture sur le monde assurée et assumée. « *Cela me permet de m'investir dans des actions concrètes internationales.* » Elle cite notamment le projet d'accréditation des cursus de formation européens en promotion de la santé, « *un très beau projet auquel je crois et veux contribuer.* »

À 48 ans, Jeanine Pommier se veut optimiste quant à l'avenir de la promotion de la santé en France. Alors que le pays élabore sa stratégie nationale de santé, elle y voit une porte d'entrée possible pour

mieux valoriser la promotion de la santé en France. Le fait est qu'elle vient d'accepter de piloter un groupe de travail thématique sur le sujet parce qu'elle juge l'opportunité intéressante.

« Il me semble que les instances comprennent de mieux en mieux le poids des déterminants de la santé. » Pour diffuser la culture de la promotion de la santé, elle propose également de réfléchir à un rapprochement avec le secteur de la santé environnementale : « Ses acteurs manient eux aussi tous les jours les déterminants sociaux et géographiques », relève-t-elle. « Ils sollicitent déjà les services de prévention et manifestent beaucoup de curiosité à l'égard des approches de promotion de la santé. Nous pourrions certainement nouer

des collaborations pertinentes. »

Les soignants sont-ils spécialement bien placés pour promouvoir la santé ? Réponse du médecin de santé publique : « Oui et non. S'ils ont certainement leur mot à dire, ils ne sont pas les seuls à pouvoir et devoir agir. Il n'y a pas un profil porteur de la promotion de la santé, mais plusieurs. Tous les secteurs ont quelque chose à faire pour promouvoir la santé. Encore faut-il qu'ils dialoguent et se coordonnent. »

Elle, Jeanine Pommier, ne sait pas ce qu'elle fera ni où elle sera dans cinq ans. Elle voudrait bien répondre, s'octroier quelques secondes de réflexion. Une gorgée de thé n'y suffit pas alors elle déballe le petit chocolat qui patientait sur le bord de la soucoupe. Non elle ne

sait pas et n'en dira pas plus. Coup d'œil sur sa montre. Une réunion téléphonique avec des chercheurs qui s'intéressent aux méthodes mixtes est programmée dans moins d'une demi-heure, elle doit rejoindre son bureau. Nous évoquons à la va-vite les dernières lignes de son curriculum vitae, celles des plaisirs autres que professionnels : tricot et couture « niveau basique », lecture de polars suédois et du *Nouvel Observateur*, voyages. « L'été prochain, à la demande de ma fille qui a 19 ans, je projette un voyage touristique en Amérique latine, Chili, Pérou, Bolivie. Le fait est que j'aime beaucoup voyager. » Nous voici de nouveau dans le hall de l'École. Il n'a pas plu. Finalement, Jeanine Pommier a quand même un peu parlé d'elle.

OUTILS

Abracadabra, goûte-moi ça

Trois histoires racontées à l'aide d'un *kamishibai* pour aborder trois grands thèmes avec les enfants : le plaisir de manger, les contextes dans lesquels ils mangent et l'influence de la publicité sur leurs choix.

Description

Matériel

- 1 *kamishibai* (petit théâtre d'histoires japonais)
- 3 histoires (31 pages A3)
- « Le goûter d'anniversaire »
- « La boîte à tartines »
- « La course »
- 1 livret par enfant
- 1 guide pédagogique
- Fiche de présentation

Documents à télécharger sur le site www.latitudejeunes.be

Concept

Des aliments inconnus à goûter, le contenu d'une boîte à tartines à répartir sur la journée, une publicité qui devient la panacée... Trois petites histoires racontées



à l'aide d'un *kamishibai* qui permettent à Emma, une petite lapine, à ses amis et à leurs jeunes spectateurs de réfléchir, de débattre et de réagir sur différents sujets tels que leurs goûts, le plaisir de manger, leurs habitudes et les publicités qui influencent leurs choix.

L'outil s'adresse à des enfants de 4 à 7 ans, au sein d'une structure d'accueil (école, école de devoirs, stage, séjour...). Il propose cinq séances d'environ une heure (selon l'âge des participants).

Cet outil est en lien avec les socles de compétences du Ministère de la Communauté française.

Objectifs

Permettre aux enfants de :

- découvrir des aliments et se positionner par rapport à leurs goûts, à leurs besoins et à leur plaisir
- découvrir différentes habitudes alimentaires et définir les leurs dans la structure où ils se trouvent
- prendre conscience de ce qui les influence dans leurs choix alimentaires et prendre du recul par rapport aux messages publicitaires
- au regard des expériences vécues au cours des modules, faire émerger et mettre en commun leurs exigences par rapport à l'alimentation dans la structure où ils se trouvent
- communiquer ces exigences de changement aux personnes concernées.

Conseils d'utilisation

L'animation se fait si possible par demi-classe (10-15 enfants).

Chaque histoire contient 11 planches (au recto se trouve une image, au verso un texte).

Emma, la jeune lapine, vit **trois courtes aventures** qui lui permettent de se questionner par rapport à l'alimentation :

- dans « Le goûter d'anniversaire », elle se rend compte que ses amis n'ont pas les mêmes goûts qu'elle. Elle cherche alors un moyen de leur faire aimer un aliment qui, à la base, ne leur plaît pas trop.
- dans « La boîte à tartines », elle réalise à quel point il est important de bien gérer sa boîte à tartines, et aussi combien l'environnement dans lequel elle mange peut influencer son plaisir de manger.
- dans « La course », elle s'interroge sur la crédibilité des slogans publicitaires.
- Le **carnet pour l'enfant** contient non seulement les trois histoires d'Emma, mais également des activités à faire avec un enfant ou en groupe.

Séances d'animation :

- 1 histoire, débat, activités sur le thème de « ce qui est bon pour ma bouche, bon pour mon corps »
- 2 histoire, débat, activités sur le thème de « mes habitudes alimentaires dans ma structure d'accueil »
- 3 histoire, débat, activités sur le thème de « ce qui influence mes choix en matière d'alimentation »
- 4 construction de revendications par rapport à ma structure d'accueil
- 5 expression et diffusion des revendications auprès d'autres enfants, du directeur, des parents...

Bon à savoir

Vous pouvez faire appel à des animateurs de Latitude Jeunes (qui ont suivi une formation à l'animation du *kamishibai* et au débat en maternelle) pour organiser une animation avec cet outil, mais ce n'est pas indispensable. Le **guide pédagogique**, détaillant les différentes phases du projet et faisant le lien avec les socles de compétences vous permet de réaliser une animation de façon autonome. Ce projet a été réalisé dans le cadre du programme 'Goûtez-moi ça !' de la Mutualité socialiste-Solidaris, qui vise à favoriser l'accès de tous à une alimentation de qualité.



Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Latitude Jeunes, Place Saint-Jean 1-2, 1000 Bruxelles +32 (0)2 515 04 02
Courriel : latitude.jeunes@mutsoc.be
Internet : <http://www.latitudejeunes.be>

L'avis de PIPSa (www.pipsa.be)

Appréciation globale

Plutôt que de déverser des savoirs à/ sur l'enfant, cet outil propose d'utiliser l'expression spontanée des enfants (une méthodologie audacieuse et rare pour ces publics) pour amener une vision plus globale de la santé, à partir du goût, du plaisir, des besoins individuels et des contextes des repas.

L'animation stimule la participation active : l'enfant peut prendre une réelle place, il a la permission et le droit de parler de ce qu'il aime/n'aime pas, dans un cadre rassurant et non jugeant.

L'outil élargit à d'autres déterminants de santé que les déterminants individuels, ce qui fournit une perspective globale pertinente et intéressante (« comment on mange, on n'a pas la place, y'a du bruit, on ne boit pas d'eau pour ne pas avoir à aller aux toilettes... ») et ouvre à la responsabilité collective.

Cette trop rare présence de la dimension communautaire à travers les revendications des enfants, doit cependant être abordée avec prudence sous peine d'effets contre-productifs possibles (risque de perte de confiance en l'adulte, risque de se sentir trahi) en cas d'échec des solutions proposées par le groupe. L'utilisation devrait idéalement s'inscrire dans un projet pédagogique et institutionnel afin que les revendications des enfants puissent être prises en compte par la structure d'accueil. Le *kamishibai* présente un fort potentiel

ludique, d'attractivité et de créativité via un matériel iconographique coloré et sympathique, des histoires très simples de la vie de tous les jours, bien écrites et adaptées aux enfants. Le cahier de l'enfant propose des activités de retour sur soi qui correspondent bien à l'âge et aux capacités des enfants, alternant activités collectives et individuelles, activités dans le lieu d'accueil et à la maison.

L'outil identifie le lien avec les socles de compétences scolaires, ce qui en facilite l'utilisation en contexte scolaire.

La prise en main de l'outil demande 3 à 4 h de préparation (s'entraîner à raconter les histoires, manier la marionnette et utiliser le *kamishibai*, préparer les activités).

Objectifs

Pour l'enfant :

- exprimer sa pensée, son sentiment et son ressenti par rapport à l'alimentation dans sa structure d'accueil
- exprimer des envies de changement et des pistes d'amélioration par rapport à la structure d'accueil
- apprendre à écouter et à respecter la parole des autres
- se rendre compte que sa parole a de l'importance, que les adultes peuvent en tenir compte
- découvrir l'influence de la pub.

Pour l'animateur, instaurer une démarche qui permette de dégager des pistes d'amélioration dans les lieux de vie de l'enfant (école, milieu d'accueil, ...)

Public cible

4-7 ans. Pour les plus petits : l'histoire « le goûter d'anniversaire » se suffit à elle seule.

Utilisation conseillée

- Inscription dans un projet pédagogique et institutionnel pour prendre en compte les revendications des enfants
- Répéter la prise en main technique (manipulation du *kamishibai*, des planches, de la marionnette) pour que l'utilisation avec les enfants soit fluide
- Donner accès à la parole et prendre distance par rapport à ce que les enfants expriment.



SOMMAIRE

INITIATIVES

- 2 Évaluation du dispositif *École 21* : des pistes pour sa pérennisation, par *Philippe Lorenzo, Sandrine Broussouloux* et *Virginie Tintinger*
- 4 Les écoles renferment le terreau des inégalités de santé, par *Pierre-Olivier Robert, Marie-Aline Tihon, Victoria Eugenia Soto* et *Vincent Lorant*

RÉFLEXIONS

- 8 L'avenir des soins de santé... Pensons 'soins' mais aussi santé!, par *Luc Berghmans, Yves Coppieters 't Wallant* et *Alain Levêque*

STRATÉGIES

- 9 Politique de santé : le citoyen a son mot à dire, par le *Centre fédéral d'expertise des soins de santé*

PORTRAITS

- 11 Jeanine Pommier : par-delà les frontières, par *Anne Le Pennec*

OUTILS

- 14 Abracadabra, goûte-moi ça !

DES ARTICLES INÉDITS !

Éducation Santé vous propose des articles inédits sur son site internet ! Le saviez-vous ? La revue met en ligne chaque mois des articles inédits, jamais publiés dans la revue papier. Il s'agit le plus souvent de sujets d'actualité reçus trop tardivement pour être intégrés dans le numéro en cours ou alors de textes d'un intérêt évident mais que nous ne pouvons publier dans la version imprimée par manque de place.

Surfez donc sans plus attendre sur www.educationsante.be pour en prendre connaissance !

Éducation Santé est aussi présente sur le réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter : www.facebook.com/revueeducationsante ou www.twitter.com/EducationSante

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Ont collaboré à ce numéro : Luc Berghmans, Sandrine Broussouloux, Yves Coppieters 't Wallant, Anne Le Pennec, Alain Levêque, Vincent Lorant, Philippe Lorenzo, Pierre-Olivier Robert, Victoria Eugenia Soto, Aline Tihon, Virginie Tintinger.

Rédacteur en chef : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

Journaliste : Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Octopus (design et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 1200 exemplaires.

Diffusion : 1100 exemplaires.

Diffusion électronique : 1450 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 50.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be.

Notre site adhère à la plate-forme

www.promosante.net.

ÉDUCATION SANTÉ

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978



Wallonie



La solidarité, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous



Imprimé sur papier
blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

