

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Politiques de santé
Ne pas creuser les inégalités

Personnes atteintes de cancer
L'activité physique thérapeutique

Haut Conseil à l'égalité
Lutter contre la précarité des femmes

Jeunes en rupture
Un réseau de prise en charge

Prévention
Consommation d'alcool et grossesse

Dossier

Promotion de la santé à l'école : agir sur le climat scolaire

LA SANTÉ EN ACTION

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

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

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

Une revue de référence et un outil documentaire pour

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

Rédigée par des professionnels

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

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

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

Rendez-vous sur www.santepubliquefrance.fr



la Santé en action

est éditée par :

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

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**

Lectures : **Centre de documentation**

<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

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

PHOTOGRAPHIES :

Couverture : **Xavier Schwebel/PictureTank/MEN**

Ordre selon l'apparition : **ADS/Erwan Balanant&Eloise Bouton, Xavier Schwebel/PictureTank/MEN, Patrick Auffret, Polo Garat, Magali Delporte/PictureTank/MEN, Joan Bardeletti/PictureTank/MEN, Stephanie Lacombe/PictureTank/MEN, Gilles Coulon/Tendance Floue, Denis Bourges/Tendance Floue**

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Réalisation graphique : **Jouve**

Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 4^{er} trimestre 2018

Tirage : 7 000 exemplaires

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

Inégalités sociales de santé

4 _ « Toute politique ou intervention de santé devrait être conçue de sorte à ne pas creuser les inégalités »

Entretien avec Nadine Haschar-Noé et Thierry Lang

Activité physique et cancer

7 _ « L'activité physique, thérapeutique pour les patients ayant un cancer »

Entretien avec Thomas Ginsbourger

9 _ Bénéfices de l'activité physique chez les patients atteints de cancer : état des connaissances

Dossier

PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE : AGIR SUR LE CLIMAT SCOLAIRE

Coordination : Sandrine Broussouloux, Julien Masson

Introduction

10 _ Sandrine Broussouloux, Julien Masson

« Sans l'école, je n'aurais pas accédé au bonheur de vivre de l'écriture et de la musique »

12 _ Entretien avec Magyd Cherfi

Femmes et inégalités

40 _ « Il y a urgence à réduire les inégalités sociales de santé dont les femmes sont victimes »

Entretien avec Geneviève Couraud

44 _ Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes



Améliorer le climat scolaire : enjeux et recommandations pour l'action

16 _ Caroline Veltcheff

Belgique francophone : une évaluation des « cellules bien-être » en milieu scolaire

19 _ Chantal Vandoorne, Marie-Christine Miermans, Gaëtan Absil

Collège de Lagnieu : « Une démarche globale de bienveillance et d'écoute des élèves »

22 _ Entretien avec Isabelle Geoffroy

Enseignement adapté à Villeurbanne : à l'école de l'estime de soi

24 _ Entretien avec Samia Bendali

Climat scolaire et relationnel positifs : essentiels au bien-être et à la réussite éducative

26 _ Claire Beaumont

Jeunes en rupture

45 _ « Un réseau pluridisciplinaire pour prendre en charge les jeunes en rupture »

Entretien avec Francis Saint-Dizier

47 _ Des adolescents « difficiles » ?

Bertrand Ravon, Halima Zeroug-Vial

Au lycée de Guebwiller : « Soutenir les élèves dans le développement de leurs compétences psychosociales »

29 _ Entretien avec Christophe Studeny, Stéphanie Seebert, Stéphane De Poli

« La posture de bienveillance et de fermeté permet d'améliorer le climat scolaire »

31 _ Entretien avec Anne-Sophie Pourchez

Favoriser le bien-être à l'école pour soutenir la motivation des élèves

33 _ Julien Masson, Fabien Fenouillet

« Notre objectif : ne perdre aucun élève en route »

36 _ Entretien avec Pascal Le Moing

Pour en savoir plus

38 _ Laetitia Haroutunian

Prévention de l'alcool chez les femmes enceintes

49 _ Consommation d'alcool et grossesse

Viêt Nguyen-Thanh, Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Jean-Baptiste Richard

Lectures

51 _ Laetitia Haroutunian, Sandie Boya

« Toute politique ou intervention de santé devrait être conçue de sorte à ne pas creuser les inégalités »

Entretien avec

Nadine Haschar-Noé,

sociologue, maître de conférences, chercheuse associée au laboratoire Centre de recherches sciences sociales, sport et corps – Cresco, EA 7419, université Toulouse 3, et au laboratoire des sciences sociales du politique – Lassp, Sciences Po Toulouse, EA 4175,

Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iféris), université de Toulouse,

Thierry Lang,

épidémiologiste, professeur à l'université Toulouse 3 Paul-Sabatier, membre de l'équipe *Embodiment, social ineQualities, lifecoUrse epidemiology, cancer and chronic diseases, intervenTions, methodology (Equity)*, UMR 1027, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et université Toulouse 3 Paul-Sabatier, directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iféris).

La Santé en action : Pourquoi publier un nouveau livre sur les inégalités sociales de santé ?

Nadine Haschar-Noé et Thierry Lang : Les inégalités sociale de santé (ISS), par leur nature, sont complexes, car elles sont le produit incorporé – c'est-à-dire inscrit dans nos corps par des mécanismes biologiques – d'un large ensemble de facteurs humains, sociaux, économiques et environnementaux qui interagissent. L'évaluation des interventions pour les réduire mobilise les méthodes de la santé publique, et aussi celles de l'évaluation des politiques publiques, dans une approche interdisciplinaire (épidémiologie sociale, sociologie, sciences

politiques, psychologie...). Il reste encore beaucoup à faire pour développer ce croisement des regards disciplinaires nécessaire à l'avancée des connaissances dans le domaine de la réduction des ISS, en sortant de l'idée qu'elles sont une affaire de spécialistes ou un élément à ajouter dans une liste d'objectifs parmi d'autres.

S. A. : Quels sont les principaux déterminants des inégalités sociales de santé en France ?

N. H.-N. et T. L. : Il est difficile de résumer cette question en quelques mots, au-delà de quelques points forts. Les déterminants des inégalités sociales de santé sont multiples et relèvent de comportements individuels et collectifs, de l'environnement proche ou lointain, des systèmes politiques, de politiques publiques menées dans différents secteurs et, bien entendu, du fonctionnement et de l'organisation du système de santé. Dans cette logique, les comportements sont avant tout des comportements sociaux (et donc appris), et les environnements et conditions de vie peuvent plus ou moins en favoriser certains.

Les travaux de recherche des dernières années soulignent l'importance de la construction de la santé avant même la naissance, pendant la grossesse et les premières années de la vie. Les politiques périnatales et de l'enfance jouent donc un rôle déterminant sur les ISS.

Enfin, le système de santé – son accessibilité financière et géographique, son fonctionnement quotidien dans lequel les ISS restent impensées – apparaît un élément déterminant qui va jusqu'à amplifier les inégalités sociales et les inégalités territoriales

de santé. Le lien entre ISS et inégalités territoriales est évident, mais territoires et groupes sociaux jouent indépendamment les uns des autres, lorsque par exemple un niveau faible de dépistage de certains cancers est observé dans des quartiers qui disposent pourtant d'une accessibilité élevée aux structures sanitaires.

S. A. : Comment analysez-vous les inégalités de santé criantes en France (ex. : durée de vie d'un ouvrier : 7 ans de moins que celle d'un cadre supérieur), malgré un système de santé reconnu et une espérance de vie élevée ?

N. H.-N. et T. L. : Le contraste entre la qualité reconnue de notre système de santé et le niveau élevé d'inégalités sociales de santé est lui aussi complexe et relève de plusieurs origines. La répartition sociale de certains comportements (nutritionnels, consommation de tabac ou d'alcool, sédentarité...) y contribue. Y participe aussi une histoire de l'exercice de la médecine fondée essentiellement sur l'importance accordée à la relation « singulière » médecin-malade au détriment d'approches collectives et pluriprofessionnelles de santé publique. L'importance donnée à l'accès théorique aux soins – avoir les moyens financiers et géographiques de consulter – plus qu'à la réalité de ces soins et des parcours des patients – quel est le recours aux soins et son utilisation effective ? – entraîne une méconnaissance des limites du système. S'y ajoute une focalisation sur l'accès au système de soins plutôt que sur la prévention (au sens large : facteurs de risque cardio-vasculaire, dépistages ; et aussi conditions de travail, environnement, urbanisme et aménagement

L'ESSENTIEL

- ▶ **L'ensemble des acteurs de santé doivent s'approprier l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé (ISS), mais leur formation n'aborde qu'à la marge cette question.**
- ▶ **Toute politique ou intervention de santé devrait viser simultanément deux objectifs : l'amélioration globale de la santé pour l'ensemble de la population et la réduction ou – au grand minimum – l'absence de creusement des ISS.**
- ▶ **Les politiques de l'enfance doivent être classées prioritaires, car les ISS se construisent dans les premières années de vie et leurs conséquences ne seront qu'en partie réversibles.**
- ▶ **Les politiques publiques visant la modification des comportements devraient cibler à la fois l'individu, en prenant en compte ses caractéristiques sociales et ses conditions de vie, et aussi créer un environnement – économique, réglementaire, institutionnel ou social – favorable à la santé.**



© ADSP/Ewan Balant & Elise Boulant (exposition A la rencontre des femmes oubliées)

du territoire...). Enfin, selon un récent rapport de France Stratégie¹ effectué à partir d'analyses de l'échantillon démographique permanent (EDP), le rôle des études et du diplôme dans la persistance des inégalités sociales est majeur. Cela souligne l'importance de l'école et des premières années de vie dans la construction des ISS.

S. A. : **Quels sont les principaux leviers pour réduire les ISS ?**

N. H.-N. et T. L. : Plusieurs pistes nous paraissent possibles.

Agir sur le système de soins pour augmenter son accessibilité financière et géographique apparaît comme une évidence ; sans oublier que l'absence de recours aux soins, si elle est aussi d'origine culturelle, est parfois liée à des expériences antérieures négatives avec ce système. L'accueil des patients par le système de soins est un élément déterminant de leur recours ultérieur, et plus particulièrement pour ceux qui en sont *a priori* les plus éloignés.

Par ailleurs, compte tenu de la complexité et de la multiplicité des mécanismes à l'origine des ISS, il est

nécessaire d'examiner chaque intervention, programme ou politique de santé avec cette question simple, même si la réponse, elle, peut-être plus ardue : cette intervention, ce programme ou cette politique affectent-ils le niveau des inégalités sociales et territoriales de santé ? Si oui, en les aggravant ou en les réduisant ? Cette démarche est adaptée à la complexité du phénomène auquel nous sommes confrontés et elle est susceptible de mobiliser un grand nombre d'acteurs.

Il convient également de favoriser la cohérence entre plusieurs niveaux d'intervention, de l'individu aux politiques publiques, de l'approche locale aux politiques nationales. Il s'agit aussi d'articuler différentes politiques sectorielles pouvant avoir un impact sur la santé (par exemple nutrition saine et politiques agricoles). À cet égard, il faudrait évaluer leur impact sur la santé et sur les inégalités sociales de santé, et notamment celles concernant l'urbanisme, le logement, les transports, l'agriculture ou encore l'éducation. Ce serait une piste précieuse pour intégrer une préoccupation de santé dans chacune d'elles.

S. A. : **Quelles sont les principales composantes d'une évaluation pertinente des politiques publiques de santé ?**

N. H.-N. et T. L. : Dans nos échanges, il est apparu qu'une évaluation en santé publique devait prendre en compte la multiplicité des facteurs concourant aux ISS et à leur réalité. À cet égard, les critères et les indicateurs d'évaluation utilisés en recherche clinique et la « médecine fondée sur les preuves » ne peuvent résumer les méthodes pour juger le niveau de preuves pertinent en santé publique et ce, pour un grand nombre de raisons théoriques. Les méthodes dérivées de la recherche clinique peuvent s'appliquer aux interventions de santé publique menées sur des groupes limités pendant des temps limités, mais en ignorant la plupart du temps des variables de contexte (sociales, politiques, psychologiques, etc.). Or les actions de santé publique visant à réduire les ISS mettent en jeu la complexité des déterminants de santé, et ce sont des politiques publiques qui requièrent d'autres méthodologies d'évaluation que celles strictement expérimentales. Il nous a semblé

important de réfléchir et de faire dialoguer les apports de ces deux corpus de connaissances et de méthodologies qui, pour le moment, s'ignorent largement, l'évaluation de santé publique étant à l'heure actuelle dominée par le modèle biomédical et expérimental qui n'est pas adapté à la mesure des effets des politiques publiques sur la santé des populations « en vie réelle » et notamment sur la réduction des inégalités sociales de santé.

S. A. : En quoi les questions éthiques sont-elles centrales dans toute réflexion sur les inégalités sociales de santé ?

N. H.-N. et T. L. : La place d'une réflexion éthique est évidente, les ISS renvoient à la notion de justice sociale et donc à une réflexion éthique et collective qui est actuellement insuffisamment développée dans le domaine de la santé publique.

S. A. : Quelles sont vos recommandations prioritaires pour réduire les inégalités sociales de santé ?

N. H.-N. et T. L. : La première des recommandations serait l'appropriation de cet objectif de réduction des ISS par l'ensemble des acteurs du système de santé, dont la formation n'aborde d'ailleurs qu'à la marge cette question, sans la laisser à quelques spécialistes. Toute politique ou intervention de santé devrait viser simultanément deux objectifs : l'amélioration globale de la santé pour l'ensemble de la population et la réduction ou, au grand minimum, l'absence de creusement des ISS. En d'autres termes, toute politique ou intervention de santé devrait être conçue de sorte à ne pas creuser les inégalités. La réduction des ISS n'est pas un supplément d'âme à des politiques de santé visant à améliorer l'état de santé moyen d'une population.

Une deuxième recommandation serait de classer comme prioritaires les politiques de l'enfance, car les ISS se construisent dans les premières années de vie et leurs conséquences ne seront qu'en partie réversibles.

Une réflexion sur le système de santé devrait conduire à prendre plus et mieux en compte cette question des ISS dans son organisation. Par exemple, le virage ambulatoire qui

se développe actuellement porte en lui un risque d'aggravation des ISS : une partie du séjour hospitalier est réduit et va désormais se dérouler au domicile du patient et, donc, dépendre des ressources sociales, économiques, culturelles, humaines et familiales. Or, il est connu qu'elles sont inégalement réparties selon les catégories sociales et les territoires de vie. La santé au travail est un de ces champs du système de santé qui devrait être prioritaire, tant les expositions professionnelles sont socialement différenciées. Selon l'estimation du Centre international de recherche contre le cancer, la part des inégalités sociales d'incidence du cancer du poumon attribuable aux expositions professionnelles est de 50 %.

Les politiques publiques visant la modification des comportements devraient cibler l'individu, en prenant en compte ses caractéristiques sociales et ses conditions de vie, et aussi créer un environnement favorable à la santé, qu'il soit de nature économique, réglementaire, institutionnelle ou sociale. Autrement dit, il faudrait penser et reconnaître les ISS comme évitables et dépasser un modèle biomédical dominant, fondé prioritairement sur l'individu, les soins ou la modification des comportements individuels. Ce nouveau modèle peine à trouver sa place dans le paysage français.

Enfin, dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de 2010 sur les ISS figurait la recommandation d'un bilan d'étape tous les cinq ans pour mesurer les avancées dans ce domaine. Cette mesure reste à mettre en œuvre. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

Pour en savoir plus

- Haschar-Noé N., Lang T. (dir). *Réduire les inégalités sociales de santé, une approche interdisciplinaire de l'évaluation*. Toulouse : Presses universitaires du Midi, 2017 : 524 p.

1. Nés sous la même étoile ? Origine sociale et niveau de vie, la note d'analyse, juillet 2018, N° 68 <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-na68-nessouslamemeetoile-05-07-2018.pdf>

LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE AAPRISS ET SES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

« Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation » est un livre fondé sur l'expérience d'un collectif de chercheurs rassemblés autour d'une recherche interventionnelle intitulée Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé (Aapriiss), menée pendant trois années. Elle avait pour maître mot la construction de programmes et de connaissances visant à réduire les inégalités sociales de santé (ISS). L'idée essentielle au départ était de faire collaborer des chercheurs de différentes disciplines avec des acteurs œuvrant en santé pour optimiser et modifier des programmes existants, et ce dans différents domaines – prévention nutritionnelle, éducation thérapeutique... – et contextes – école, hôpital, collectivité territoriale, etc. Ce qui a été dit de la multiplicité des déterminants de santé impliquait qu'un programme supplémentaire ne pourrait pas résoudre à lui seul la question des ISS, mais qu'il semblait plus opportun de modifier la construction et la mise en œuvre des politiques et des interventions pour contribuer à réduire ces inégalités. Par exemple, il nous est apparu probablement plus efficace de mobiliser les acteurs des politiques publiques d'urbanisme par le moyen de l'évaluation de leur impact sur la santé et les ISS.

La grande créativité des interventions menées par les acteurs locaux associatifs ou par les collectivités territoriales est apparue, tout comme la faiblesse de leur description, de leur évaluation, de leur lisibilité et de leur transférabilité. Cette question de la nécessité de décrire, d'évaluer et de penser la transférabilité des interventions nous a conduits à développer un modèle dans lequel une description fine des interventions s'attacherait à distinguer d'une part les éléments propres au contexte et spécifiques du milieu local de l'intervention, et d'autre part des éléments théoriques (en quelque sorte les ingrédients essentiels) susceptibles d'être transférés et adaptés dans un autre contexte. Ce modèle (Fonctions-clés – Implémentation – Contexte [FIC]), qui nous paraît prometteur, est en cours de validation. Élaboré en coproduction avec des acteurs de terrain, il suscite leur intérêt. »

N. H.-N. et T. L.

« L'activité physique, thérapeutique pour les patients ayant un cancer »

Entretien avec

Thomas Ginsbourger,

coordonnateur national des pôles Sport & Cancer de l'association CAMI Sport & Cancer, membre associé au Centre de recherches en sciences sociales, sports et corps (Cresco), faculté des sciences du sport, université Paul-Sabatier Toulouse 3.

La Santé en action : Qu'apporte votre association aux patients atteints de cancer ?

Thomas Ginsbourger : La CAMI Sport & Cancer a été créée en 2000, par un ancien sportif de haut niveau et un médecin oncologue, dans le but d'intégrer l'activité physique et sportive dans les parcours de soins en cancérologie. Ces programmes d'exercices physiques sont à but thérapeutique et ne sont pas « récréationnels ». Ils s'inscrivent dans le parcours de soins en complément des traitements, ce qui implique une durée, une fréquence, une intensité et une évaluation des séances auxquelles participent les patients.

Nous accompagnons tous les malades, quels que soient le cancer, l'âge et le moment dans le parcours de soins. Notre intervention se situe donc à trois étapes. Il y a d'abord un temps à l'hôpital : dans les services d'oncologie sont proposées des séances collectives pendant six à douze mois ; dans les services d'hématologie et de pédiatrie, des séances individuelles ont lieu pendant quatre à six semaines. Puis, nous invitons les personnes en cours ou en fin de traitement à poursuivre leur pratique dans nos structures en ville. Nous les orientons enfin vers le réseau local des structures sport-santé lorsqu'elles sont en rémission complète, car l'après-cancer n'est plus du ressort

de la CAMI. Mais pour prévenir les récurrences, il est important de continuer l'activité physique. Nous sommes présents dans une vingtaine d'hôpitaux en France et disposons de près de quatre-vingts lieux en ville.

S. A. : Quels types d'activités physiques peuvent pratiquer les patients ?

T. G. : Dans les pôles Sport & Cancer intrahospitaliers a d'abord lieu une consultation de thérapie sportive, avec un bilan de santé et des tests physiques, afin de connaître les capacités de la personne et de lui proposer une activité personnalisée en fonction de ses besoins, par exemple répondre à des problèmes de perte musculaire ou d'essoufflement. Il ne s'agit pas pour eux de « faire du sport », mais bien d'intégrer un programme de thérapie. La CAMI a ainsi créé une méthode pédagogique spécifique qui permet, à partir des consultations de thérapie sportive, de proposer des exercices personnalisés pour travailler l'endurance, la résistance, le souffle, l'équilibre, la souplesse, etc. et ainsi d'améliorer les capacités physiques des patients et de diminuer les effets indésirables des traitements.

S. A. : Quel est le profil des intervenants ?

T. G. : À la CAMI, consultations et séances sont assurées par des praticiens en thérapie sportive. Leur profil est assez varié, mais ce sont essentiellement des personnes diplômées de sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps), filières activité physique adaptée (APA), des éducateurs sportifs et, parfois, des soignants. Tous suivent ensuite une formation spécialisée : le diplôme universitaire Sport et Cancer, créé

L'ESSENTIEL

Des associations comme la CAMI Sport & Cancer proposent des programmes d'activité physique pour les personnes atteintes de cancer afin qu'elles puissent se réapproprier leur corps mis à rude épreuve par la maladie et par ses traitements. Le plus important pour les patients, c'est le lien social et la dynamique de groupe des séances, qui permettent entre autres de rompre l'isolement. Deux ou trois séances par semaine leur redonnent une meilleure estime d'eux-mêmes et surtout confiance en leur corps, parce qu'ils sont en mesure de constater les progrès qu'ils réalisent. Les effets favorables sont scientifiquement avérés : réduction de la mortalité et des récurrences.

en 2009 à Paris 13, qui les forme à la pathologie, aux traitements et à leurs effets secondaires. Cette compétence est essentielle pour effectuer un travail de qualité.

S. A. : Quels sont les effets bénéfiques d'une activité physique pour un malade du cancer ?

T. G. : La littérature scientifique internationale [1], (voir aussi article page 9) montre trois grands bénéfices. Elle est associée à une réduction moyenne de 57 % du risque de récurrence d'un cancer de la prostate, 49 % pour le cancer du côlon et 43 % pour le cancer du sein ; elle diminue également – entre 30 % et 40 % – le risque de mortalité pour des personnes touchées par un de ces cancers. En second lieu, l'activité physique limite les effets secondaires des traitements, comme la prise de poids (2,5 kg en moyenne après un cancer du sein) et

la diminution de masse musculaire, la perte de condition physique – qui amène au déconditionnement se manifestant par l'essoufflement et la difficulté à maintenir un effort – et la fatigue qui est le symptôme le plus fréquent chez les patients avec un cancer. Enfin, elle améliore la qualité de vie des patients en favorisant le sommeil et le bien-être, voire une forme de plaisir, ce qui est un moyen de faire reculer l'anxiété et les risques de dépression.

S. A. : *Qu'en pensent les patients qui la pratiquent ?*

T. G. : Ils mettent en avant deux effets bénéfiques essentiels à leurs yeux. Tout d'abord, l'activité physique leur permet de se réapproprier leur corps qui est mis à rude épreuve par la maladie et ses traitements. Des séances d'une heure, deux ou trois fois par semaine, avec des exercices motivants et réalisables afin d'éviter le découragement et l'abandon leur redonnent confiance en leur corps, parce qu'ils sont en mesure de constater les progrès qu'ils réalisent. Une meilleure image corporelle se traduit par une meilleure estime de soi. Et c'est bon pour le moral. Mais le plus important pour eux, c'est le lien social et la dynamique de groupe des séances. Le cancer est une pathologie qui reste un peu tabou, dont on ne parle pas si facilement avec ses proches et qui conduit parfois à un certain isolement. Les séances collectives sont l'occasion d'échanger avec des personnes qui partagent le même parcours, qui comprennent, qui peuvent apporter du soutien dans un esprit d'équipe.

S. A. : *Est-il difficile de mettre en place cette thérapie non médicamenteuse au sein de l'hôpital ?*

T. G. : L'activité physique est effectivement une thérapie non médicamenteuse pour les patients ayant un cancer. La principale difficulté est le déficit d'information sur ses effets bénéfiques. Dans les établissements avec lesquels nous travaillons, nos programmes de thérapie sportive font partie des soins de support, au même titre que la kinésithérapie, la nutrition ou le suivi psychologique. Nous travaillons dans une réelle dynamique pluridisciplinaire. Nos praticiens ont des échanges réguliers avec les équipes

médicales à propos des patients dont les progrès physiques sont évalués régulièrement. Les médecins référents des pôles Sport & Cancer sont convaincus de ses bénéfices ; les équipes soignantes, de l'oncologue aux infirmiers en passant par les cadres, sont un des vecteurs de l'information sur les bienfaits de l'activité physique et ils incitent les patients à la pratiquer. Nous communiquons également dans les hôpitaux par des dépliants, des affiches, des tee-shirts et sur Internet afin de faire connaître les pôles.

Pour les patients, le plus difficile est de faire le premier pas. Une fois dans le programme, qui est gratuit pendant la première phase d'accompagnement à l'hôpital, ils peuvent se forger leur propre opinion. Il y a bien sûr des personnes qui décrochent, mais ils sont encore 50 % au bout de six mois. Et encore, ce chiffre est à relativiser, car il est possible qu'ils continuent de faire une activité physique dans d'autres structures ou de façon autonome.

S. A. : *Pourquoi les bénéfices du sport-santé sont-ils encore relativement méconnus ?*

T. G. : Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer. Il y a une raison historique liée à la façon d'aborder le cancer, une maladie qui fatigue et pour laquelle il arrive encore que les médecins préconisent de se reposer. Introduire la notion d'activité physique peut paraître paradoxal, sauf que l'on sait qu'elle fait baisser le taux de cytokine (une molécule responsable de la fatigue) et que les patients nous disent souvent qu'ils sont « fatigués de ne rien faire ». Si les médecins la prescrivent désormais plus spontanément pour l'obésité, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires, il y a du retard en ce qui concerne la cancérologie. D'autre part, le système français repose sur une médecine curative et médicamenteuse. Il est difficile de reconnaître les bénéfices de l'activité physique selon les standards classiques de l'*evidence-based medicine*¹. Enfin, il a fallu attendre 2009 et le second Plan cancer pour que l'activité physique soit inscrite à l'agenda politique. La loi santé de 2015 n'y aurait pas fait référence s'il n'y avait pas eu un amendement voté. Le portage politique est donc récent et demeure fragile.

S. A. : *Comment financez-vous les activités proposées ?*

T. G. : Nous sommes financés à 70 % par des partenariats privés, nos principaux mécènes étant des mutuelles et des groupes de protection sociale et aussi des laboratoires pharmaceutiques et des associations. 13 % de notre budget est apporté par des subventions publiques : agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), Centre national pour le développement du sport (CNDS), conseils régionaux, etc. Notre financement reste donc délicat : chaque année, nous devons convaincre nos partenaires de pérenniser nos actions. Le modèle de thérapie sportive que nous avons mis en place n'est pas un remède miracle, il ne permet pas de guérir du cancer, il ne se substitue pas aux traitements. Cependant, il s'inscrit dans le champ de la santé, parce qu'il participe à prévenir, soigner et soulager. Cette thérapie doit être davantage reconnue, dans un cadre institutionnalisé, avec une prescription sur ordonnance et une prise en charge de l'Assurance maladie sur une période déterminée. Il faut également veiller à ce que les patients soient accompagnés par des intervenants compétents et formés. Le développement du sport-santé, qui est une chose positive, entraîne l'essor d'un « marché », avec des professionnels en tout genre qui ne sont pas forcément qualifiés pour intervenir à tous les niveaux du parcours de soins en cancérologie. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Médecine fondée sur les preuves (NDLR).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Institut national du cancer (INCa) Rapport d'expertise *Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques. Synthèse*. Boulogne-Billancourt : INCa, Coll. Etat des lieux et des connaissances, mars 2017 : 15 p.

Bénéfices de l'activité physique chez les patients atteints de cancer : état des connaissances

L'Institut national du cancer (INCa) a publié en mars 2017 un état des lieux des connaissances sur les bénéfices de l'activité physique chez les patients atteints de cancer. Ce rapport fournit également des clés pratiques aux professionnels de santé pour l'instauration ou le maintien d'une activité physique pendant et après un cancer. Il conclut à un bénéfice de l'activité physique sur :

- la prévention ou la correction d'un déconditionnement physique (réduction des capacités cardio-respiratoires et musculaires) ;
- un maintien et/ou une normalisation de la composition corporelle¹ (proportion muscles/grasses notamment) ;
- une réduction de la fatigue liée aux cancers et une amélioration globale de la qualité de vie ;
- une amélioration de la tolérance des traitements et de leurs effets à moyen et long termes ;
- un allongement de l'espérance de vie et une réduction du risque de récurrence.

Plus l'activité physique est initiée (ou préservée) tôt dans le parcours de soins, plus ses effets seront bénéfiques sur le patient. Ces bénéfices sont observés pour une pratique mixte (cardio-vasculaire et renforcement musculaire), comportant des exercices d'intensité modérée à élevée, trente minutes par jour au moins cinq fois par semaine. Une pratique de faible niveau constitue toujours un acquis par rapport à l'état sédentaire. Les professionnels de santé ont un rôle important à jouer concernant l'engagement des patients dans la pratique d'une activité physique régulière et adaptée à leur condition clinique et dans la réduction des temps de sédentarité. Sur la base de ces connaissances, l'Institut préconise notamment l'intégration de l'activité physique dans le panier de soins oncologiques de support.

Améliorer la qualité de vie globale

Plus précisément, les méta-analyses les plus récentes confirment le rôle joué par l'activité physique sur l'amélioration des capacités cardio-respiratoires et des qualités muscu-

laires, ce qui permet d'améliorer ou de maintenir l'indépendance physique des patients, que les programmes d'activité physique soient entamés pendant les traitements ou dans leurs suites. L'activité physique régulière permet par ailleurs d'améliorer ou de normaliser la composition corporelle – réduction de la masse grasse, de l'indice de masse corporelle (IMC), et maintien ou gain de masse musculaire – et d'améliorer la qualité de vie globale, la douleur, de réduire la perception de la fatigue liée aux cancers et d'améliorer l'estime de soi. Des études suggèrent également des bénéfices en termes de récupération postopératoire dans le cadre de certains cancers (ORL, sein, poumon) et de réduction d'effets secondaires des traitements hormonaux. Enfin, des données observationnelles montrent l'association de la pratique d'activité physique avec l'amélioration des survies globale et spécifique, et la réduction du risque de récurrence (pour les cancers du sein, du côlon, de la prostate).

Sensibiliser les professionnels de santé

Les données actuelles, qui confortent le rôle bénéfique de l'activité physique régulière pour les patients atteints de cancers, soulignent toute l'importance de sensibiliser tous les professionnels de santé à la prescription de l'activité physique, afin de permettre sa pratique. Celle-ci doit être proposée dès le diagnostic, et doit être par la suite maintenue tout au long du parcours de soins. Par rapport à un état physiquement inactif et aussi sédentaire, toute pratique est bénéfique, avec des bénéfices attendus qui semblent corrélés à la quantité d'activité physique. La pratique durant la période des traitements est souvent complexe à envisager, notamment lorsque les patients ne pratiquaient pas d'activité physique régulière avant la maladie. Les interventions proposées durant cette période devront donc prendre en considération, outre les effets spécifiques des traitements, les réticences et les barrières individuelles. Dans les suites des traitements, en l'état actuel de nos connaissances et en l'absence de repères spécifiques aux patients

atteints de cancers, l'objectif est d'atteindre les recommandations en activité physique pour la population générale avec les notions de progressivité de mise en œuvre et d'adaptation des programmes à l'état clinique des patients et aux freins personnels à la pratique. La prescription d'activité physique doit être envisagée dans un contexte général de complémentarité, avec des changements de comportements, incluant aussi des recommandations très importantes de lutte contre la sédentarité, de qualité des apports nutritionnels et de suppression de conduites à risque (tabac, alcool, etc.).

Un acte médical

La prescription de l'activité physique est un acte médical sous la responsabilité de l'oncologue et/ou du médecin référent ; elle est associée à la recherche de contre-indications à la pratique de l'activité physique. La mise en œuvre de programmes adaptés aux situations cliniques particulières est confiée à des professionnels formés, ayant la connaissance des particularités des cancers, de leurs conséquences psychologiques, et ayant une expérience du suivi de la tolérance de l'activité physique supervisée, sachant revenir rapidement vers le médecin référent en cas de suspicion d'intolérance. ■

Source: Institut national du cancer (INCa). *Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques. Synthèse.* Boulogne-Billancourt : INCa, Coll. État des lieux et des connaissances, mars 2017 : 15 p. En ligne : <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/L-Institut-publie-un-rapport-sur-les-benefices-de-l-activite-physique-pendant-et-apres-un-cancer>

1. Les méta-analyses d'essais randomisés contrôlés montrent que la pratique d'activité physique permet une réduction de la masse grasse, du poids corporel et de l'indice de masse corporelle ; et un maintien, voire une augmentation de la masse musculaire. Les programmes d'activité physique qui combinent endurance et renforcement musculaire semblent avoir une efficacité plus marquée sur la composition corporelle permettant de limiter le gain de masse grasse et la perte de masse musculaire, surtout lorsqu'ils commencent pendant les traitements et sont poursuivis après l'arrêt de ceux-ci.

Activité physique et cancer
Etat des connaissances scientifiques

Promotion de la santé à l'école : agir sur le climat scolaire



© Xavier Schwab/FutureMind/MEP

Dossier

Dossier coordonné par Sandrine Broussouloux, chargée de projet et d'expertise scientifique en santé publique, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Unité santé mentale, Santé publique France, **Julien Masson**, maître de conférences en sciences de l'éducation, École supérieure du professorat et de l'éducation (Espé), université Claude-Bernard-Lyon 1, laboratoire *Health Services and Performance Research (Hesper)*, Réseaux des universités pour l'éducation à la santé – Unirés.

grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». Ainsi, « à chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel ». Ces déterminants de la santé « n'agissent pas isolément. C'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé ».

Promouvoir la santé au-delà du bureau de l'infirmière scolaire

L'OMS rappelle l'importance de prendre en compte ces déterminants pour renforcer l'efficacité des politiques de santé publique. En

La promotion de la santé repose sur une approche globale de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1948. Pour permettre d'appréhender cette acception large de la santé, qui dépasse ses seuls aspects biomédicaux, l'OMS précise que l'ensemble des déterminants de la santé sont « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent,*

particulier, agir sur ces déterminants permet de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Par conséquent, promouvoir la santé implique de déployer des actions dans différents domaines de la société et de mobiliser divers professionnels qui ne sont pas nécessairement issus du secteur de la santé au sens strict. La promotion de la santé en milieu scolaire dépasse ainsi le seul bureau de l'infirmière et va au-delà des missions des personnels de santé : cela concerne bien l'ensemble de la communauté éducative : personnels enseignants et non enseignants, parents ou encore partenaires extérieurs.

Ceci posé, les liens entre éducation et santé ont été explorés en profondeur et il en résulte un constat unanime : il existe une interdépendance indéniable entre ces deux domaines, l'un et l'autre se renforçant mutuellement. Une bonne santé est une condition favorable aux apprentissages, et l'éducation participe à l'acquisition de comportements et de compétences bénéfiques à la santé et elle facilite son maintien au long de la vie. L'éducation est reconnue par l'OMS être un des déterminants majeurs de santé.

Explorer le lien entre santé et éducation

Ce dossier a pour objectif d'approfondir l'exploration du lien entre santé et éducation et de montrer

comment cette interdépendance est plus étroite encore qu'on ne le pense généralement et comment elle peut être mise en évidence, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique.

En effet, « bien-être », « bienveillance », « climat scolaire » sont des notions de plus en plus fréquemment inscrites dans les textes officiels de l'Éducation nationale depuis 2011. Ces notions ont acquis récemment une visibilité qui traduit bien les enjeux auxquels elles sont associées en termes de réussite scolaire. D'ailleurs, les études démontrent qu'il s'agit d'un cercle vertueux : les élèves qui se sentent bien à l'école apprennent mieux, ont de meilleurs résultats scolaires et ont une meilleure estime d'eux-mêmes.

Le climat scolaire, facteur déterminant

La mission première de l'institution scolaire est de transmettre les apprentissages fondamentaux et d'assurer la réussite éducative des élèves. L'objectif de la promotion de la santé est de s'assurer du maintien d'un état de santé le meilleur possible. Or, il se trouve que ces deux visées se rejoignent dans l'environnement scolaire et que leur point d'intersection est l'attention portée à l'ambiance générale dans l'établissement, autrement dit au climat scolaire. Pour Michel Janosz et Sophie Pascal, « *le climat scolaire est un indicateur de santé organisationnelle de l'établissement et de son potentiel éducatif. Il donne une idée générale du ton et de l'atmosphère qui règnent dans les rapports sociaux, de la valeur accordée aux individus, à la mission éducative de l'école* [1]. » Pour ces chercheurs, le climat scolaire est multidimensionnel, il se compose des :

- climat relationnel ;
- climat de sécurité ;
- climat de justice ;
- climat éducatif ;
- sentiment d'appartenance.

Le climat scolaire ne peut se réduire à un instrument de mesure à l'instar d'un thermomètre. Ce concept est plus complexe. Il n'est pas seulement le reflet – dimension passive, instrument de mesure – de l'atmosphère d'un établissement, il l'influence également – dimension agissante – par les comportements et les attitudes des uns et des autres.

Le climat scolaire influe sur les comportements... et sur la réussite

En effet, les individus ont tendance à adopter des comportements en adéquation avec la perception qu'ils ont de l'ambiance dans un établissement, et de ce qu'ils estiment tolérable ou non dans ce lieu. Ainsi, si le climat est perçu négativement, les élèves seront plus enclins à adopter des comportements inciviques et violents que dans un établissement où le climat est perçu positivement, ce qui va les inciter à se respecter. La perception que chaque individu porte sur le climat d'établissement détermine le comportement qu'il va adopter et contribue à établir les croyances de chacun sur les conduites normatives et acceptables ou non. Ainsi, puisque la perception du climat scolaire influence les conduites et les attitudes, elle influence également le sentiment de bien-être perçu dans l'établissement.

Les études montrent que la perception d'un climat négatif en début de scolarité tend à développer une vision négative à long terme du climat scolaire et que celle-ci est corrélée, en particulier, avec un état dégradé de la santé mentale – augmentation de la tendance dépressive – et un accroissement des conduites à risques – consommation d'alcool, de tabac, de cannabis. Aussi, améliorer le climat scolaire constitue un levier à privilégier dans les stratégies de promotion de la santé.

Les leviers qui permettent d'agir sur le climat scolaire sont très proches de ceux qui aident à la promotion de la santé dans un établissement scolaire. En effet, dans les deux cas, il s'agit entre autres de :

- porter une attention particulière aux relations interpersonnelles ;
- favoriser le développement des compétences psychosociales ;
- s'assurer qu'il existe une véritable cohérence relative à l'amélioration des conditions d'apprentissage et de travail à tous les niveaux du fonctionnement et dans tous les aspects de la vie d'un établissement scolaire : ceci englobe tant la vie scolaire que le contenu des enseignements et la façon dont ils sont enseignés, c'est-à-dire la pratique éducative dans les classes.

Expériences vécues à l'école

Les études scientifiques ont démontré qu'une perception positive du climat scolaire par les élèves a une influence sur les résultats scolaires et sur des comportements en lien avec la santé. De même, les expériences vécues à l'école influencent durablement la qualité de vie globale des individus. C'est ce que nous avons voulu explorer dans ce dossier sous différentes facettes, à partir :

- du témoignage de Magyd Cherfi, chanteur et écrivain, qui fut le premier enfant d'immigré algérien de la cité où il a grandi à obtenir le baccalauréat. Il revient sur l'influence que sa scolarité a eue et continue d'avoir sur sa vie ;
- de recherches et d'expérimentations de politiques publiques conduites en milieu scolaire en France et aussi en Belgique et au Québec. Les différents chercheurs qui ont accepté de contribuer à ce numéro présentent tous les liens étroits qui unissent réussite scolaire, bien-être et climat scolaire. Chacun démontre une facette des liens existant entre climat scolaire et promotion de la santé ;
- des articles relatant des actions et des projets menés dans des établissements scolaires aux profils variés qui illustrent la façon dont les concepts théoriques issus de la recherche sont mis en œuvre très concrètement sur le terrain.

Enfin, dans ce dossier central, les articles de fond et les articles de terrain ont été volontairement intercalés pour montrer à quel point les liens entre santé et éducation dépassent le seul niveau théorique de la réflexion, puisqu'ils sont mis en pratique au quotidien dans nombre d'établissements scolaires. ■

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Janosz M., Pascal S. Climat scolaire et promotion de la santé des élèves : des liens scientifiquement démontrés. *La Santé en action*, mars 2014, n° 427 : p. 19-20.

« Sans l'école, je n'aurais pas accédé au bonheur de vivre de l'écriture et de la musique »

**Entretien avec
Magyd Cherfi,**
chanteur, auteur-compositeur,
écrivain.



La Santé en action : Quels sont vos premiers souvenirs d'école ?

Magyd Cherfi : J'étais un élève moyen, ni mauvais, ni doué. Du primaire, je garde une image forte : avec les copains du quartier, nous nous étions tous installés « naturellement » au fond de la classe. Ma mère, constatant que certains petits faisaient l'école buissonnière, a pris l'habitude de venir à l'école pour voir si je m'y trouvais bien. Lorsqu'elle s'est rendu compte de ma place au fond de la pièce, elle a exigé que je sois devant, avec « les premiers ». À ses yeux, pour s'en sortir dans la vie, il fallait être le meilleur. C'est ainsi que je suis devenu une sorte de laboratoire de la réussite. Après l'école, le week-end ou pendant les vacances, j'étais envoyé chez les sœurs et dans des familles avec lesquelles je passais du temps, pour faire mes devoirs et étudier ; j'ai découvert les crêpes, les œufs de Pâques, les cadeaux de Noël. Tout mon temps libre devait être consacré à apprendre. Alors que les copains allaient au foot ou construisaient des cabanes, je vivais cette situation comme une punition. C'était dur, pas vraiment une enfance heureuse ; mais je m'exécutais pour ne pas faire de peine à ma mère. Elle brandissait la menace d'aller à l'école et de tomber à genoux en pleurs devant les instituteurs, voire pire. Ces derniers passaient du temps avec moi après la classe. C'est comme cela que, fils d'émigrés algériens, j'ai accédé aux codes de la société française et à la maîtrise de la langue. Et cela m'a séparé de mes potes pour lesquels j'étais devenu en quelque sorte un harki, un traître.

S. A. : Comment se sont déroulées vos années de collège et de lycée ?

M. C. : Au collège, je deviens... champion de l'orthographe, de la conjugaison et de la syntaxe, une

vraie tête ! Ma mère continue son harcèlement du principal et des professeurs, pour qu'ils me prennent en dehors des cours. Le secrétariat est tout affolé lorsqu'elle passe : « Attention, Mme Cherfi arrive ! » À sa demande, je suis « collé » le mercredi pour me perfectionner en français et en maths. Ça me donne l'impression d'être un taulard. À partir de la quatrième, nous ne sommes plus que quelques beurs ; la majorité d'entre eux disparaît en cinquième, orientée en apprentissage professionnel, comme ce fut le cas pour mon frère aîné. Puis, le lycée est pour moi une révolution culturelle. Je vis une vie de Français. Je découvre la chanson française, Brassens, Ferré, Higelin, Renaud, et le rock anglo-saxon, les Clash, les Rolling Stones avec mes camarades de classe. J'ai de très bonnes relations avec ces mêmes de la bourgeoisie moyenne, qui me prennent pour Magyd et pas pour un arabe. Je suis invité aux anniversaires, je fréquente des filles sans que leur frère y trouve à redire. Je suis tombé amoureux de leur état d'esprit et de leur liberté.

S. A. : Quels ont été les souvenirs marquants de votre scolarité ?

M. C. : Je ne garde pas un bon souvenir du primaire, marqué par le cauchemar de l'apprentissage à marche forcée. Au collège, c'était difficile aussi, il fallait tenir une bonne moyenne. Premier de la classe en français, je découvre cependant le sentiment d'être un peu exceptionnel, c'est un truc sympa à vivre. Le meilleur, ce sont les années lycée, avec également la rencontre de Flaubert, Maupassant, Balzac pour lesquels j'ai une passion. Dans ma quête identitaire, cette littérature me révèle, je me sens appartenir au XIX^e siècle, j'ai l'impression que je me refonde un patrimoine. Au lycée, emporté par la liberté de ton de mes camarades, les filles, le sexe, je réponds moins aux injonctions d'excellence de ma mère. Je trouvais mes copains carrément subversifs, car ils répondaient à leurs parents ! Ils clamaient : « No future » ! Alors que moi, je me disais : « Je veux un futur... » J'ai alors petit à petit lâché prise, je suis sorti de ma prison du « cent pour cent travail

L'ESSENTIEL

▶ **Piloté durement par l'exigence de sa mère, Magyd l'Algérien devient premier de la classe en français.**

▶ **À l'adolescence, le jeune immigré effectue du soutien scolaire auprès de ses pairs. S'il est contraint de travailler dur à l'école primaire et au collège et s'y sent emprisonné, Magyd éclot au grand jour au lycée où il découvre la littérature, Flaubert, la liberté.**

▶ **C'est ce parcours d'enfance hors norme qui en fera un chanteur et un écrivain¹, lui qui est parvenu tôt à accéder aux « codes de la société française et à la maîtrise de la langue ».**

scolaire » et je me suis mis à jouer de la musique à l'heure du déjeuner avec quelques potes, d'excellents élèves qui fumaient de l'herbe, buvaient de l'alcool et faisaient de la musique extrêmement bruyante, ce qui m'étonnait de la part de gars aussi intelligents ! C'est comme cela qu'a commencé à prendre forme Zebda. Et que j'ai eu un bac littéraire... sans mention.

S. A. : Quel impact a eu l'obtention du baccalauréat sur vous, votre famille et plus largement au sein de la cité où vous avez grandi ?

M. C. : L'obtention de ce diplôme n'a pas eu autant d'importance pour moi que pour ma mère. Ce bac n'était pas seulement pour elle un sésame vers la réussite sociale permettant de sortir du quartier. C'était aussi à ses yeux la possibilité de fabriquer, à travers moi, un homme différent – de son mari, de son père, de ses frères –, un homme meilleur, un homme qui, grâce à ses connaissances, pourrait ne pas être sous le joug d'un oppresseur – comme mon père, maçon humilié par ses patrons. J'ai intégré ce qu'elle attendait de moi, et de moi à l'école. Si je regrette le temps passé uniquement à étudier, parce que j'ai l'impression d'avoir gaspillé

« MA MÈRE, CONSTATANT QUE CERTAINS PETITS FAISAIENT L'ÉCOLE BUISSONNIÈRE, A PRIS L'HABITUDE DE VENIR À L'ÉCOLE POUR VOIR SI JE M'Y TROUVAIS BIEN. »



© D.R.

« SI JE REGRETTE LE TEMPS PASSÉ UNIQUEMENT À ÉTUDIER, PARCE QUE J'AI L'IMPRESSION D'AVOIR GASPILLÉ MA JEUNESSE PAR MANQUE DE LIBERTÉ, JE SAIS QUE SANS TOUT CELA, JE N'AURAIS PAS EU ACCÈS AU SAVOIR ET JE N'AURAIS PAS AUJOURD'HUI LE BONHEUR DE VIVRE DE L'ÉCRITURE ET DE LA MUSIQUE. JE N'AVAIS PAS D'AUTRE ISSUE QUE D'ÊTRE ENCHAÎNÉ. »

ma jeunesse par manque de liberté, je sais que sans tout cela, je n'aurais pas eu accès au savoir et je n'aurais pas aujourd'hui le bonheur de vivre de l'écriture et de la musique. Je n'avais pas d'autre issue que d'être enchaîné. Après le bac, je me suis inscrit en lettres modernes à la faculté, mais je ne suis pas allé jusqu'au bout. J'ai été happé par la musique et par le militantisme. Dans la cité, j'étais devenu une référence, je faisais du soutien scolaire. Dès qu'un problème se posait, on venait me voir, j'étais quasiment investi de la mission de sauver les familles arabes du quartier. L'école m'a fait prendre conscience que je reviens de loin.

S. A. : *Quel regard portez-vous sur l'enseignement d'hier et d'aujourd'hui ?*

M. C. : Je dois dire que j'étais un peu le fils adoptif de certains enseignants, tant je passais de temps à l'école, en soutien scolaire et en accompagnement ! Aucun ne m'a particulièrement marqué. Je les trouvais sympas et accessibles. Quand on vient d'une famille dure et analphabète, cela vous paraît incroyable qu'un adulte se penche sur vous avec bienveillance pour répondre à vos questions à la fin d'un cours. Je garde plutôt le souvenir d'être porté par un ensemble. Je ressentais globalement de la part des enseignants de

l'affection, de l'empathie, la volonté de me mener quelque part et de faire de moi un homme émancipé. Si l'école n'y parvenait pas, ils auraient perdu leur raison d'être. Rétrospectivement, j'y vois l'accomplissement d'un idéal politique. Je fais partie de la première génération d'enfants d'immigrés arrivés massivement sur les bancs de l'école au début des années 1970. J'ai le sentiment que beaucoup avaient à cœur de nous montrer que la France, c'était autre chose que la guerre d'Algérie, et qu'ils tenaient vraiment à pratiquer l'égalité entre tous les élèves, quelle que fût notre origine. Comme pour rembourser la dette coloniale, en quelque sorte. Y compris au primaire, où les enfants arabes étaient au fond de la classe, j'ai senti cette tentative égalitaire. Et l'école est le seul endroit où je l'ai perçue. En tant que parent, j'ai de nouveau côtoyé l'institution et les enseignants et je continue de le faire régulièrement en animant des interventions sur le thème de la citoyenneté. Ces derniers me semblent moins idéologiques et



© Polo Sarat

moins « hussards » qu'à mon époque, mais beaucoup plus conscients des questions sociales et de l'acuité du monde. Ils connaissent les problèmes d'identité dont les jeunes issus de l'immigration sont la proie, ils ont une approche plus moderne. Est-ce mieux ou moins bien ? Aurais-je le même parcours si j'étais scolarisé aujourd'hui ? Je ne sais pas.

S. A. : *Qu'est-ce qui vous motive à intervenir sur le thème de la citoyenneté dans les établissements ?*

M. C. : En donnant des « cours citoyens », je rembourse à l'école ce qu'elle m'a donné. Je l'ai aimée, j'ai

« QUAND ON VIENT D'UNE FAMILLE DURE ET ANALPHABÈTE, CELA VOUS PARAÎT INCROYABLE QU'UN ADULTE SE PENCHE SUR VOUS AVEC BIENVEILLANCE POUR RÉPONDRE À VOS QUESTIONS À LA FIN D'UN COURS. »

envie de la défendre et d'y retourner. Et de dire aux élèves : c'est important d'être liés, quelle que soit l'origine, par les mêmes devoirs et les mêmes contraintes dans un lieu où l'on est traité d'égal à égal. Or dans leur vie quotidienne, les jeunes issus de l'immigration n'ont pas le sentiment d'être inclus dans les valeurs de la République, de fraternité et d'égalité. Je commence mes interventions par une question provocatrice : « *Y a-t-il des Français dans la salle ?* » et je suis frappé par le nombre de jeunes qui répondent qu'ils sont Français de papier, mais Marocain, Algérien, etc. de cœur, parce que la société leur renvoie l'idée qu'ils ne sont pas chez eux. Ils contestent l'école à cause de ses défaillances, sans percevoir que celle-ci offre en son sein un climat protecteur et des possibilités d'émancipation. Mais hier comme aujourd'hui, il y a un écart entre la vie entre ses murs et la cruelle réalité du quartier. Et l'école est moins forte que la rue. Je crois que tout en gardant à l'esprit son idéal égalitaire, elle a

intégré l'idée qu'elle ne peut pas tout et qu'une partie des enfants qu'elle accueille seront perdus en chemin. Et ce malgré les efforts et les volontés, car je rencontre beaucoup de professeurs investis, qui donnent plus que leur temps. L'identité, les discriminations, la laïcité, le respect de l'État de droit, tous les thèmes dont je discute avec les jeunes sont des problèmes complexes qui dépassent la question de l'école. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Chanteur, auteur-compositeur : albums solo et ancien membre du groupe Zebda; écrivain, dernier ouvrage paru : *Ma part de Gaulois*, Actes Sud, 2016.

Améliorer le climat scolaire : enjeux et recommandations pour l'action

Caroline Veltcheff,
directrice territoriale, Réseau
Canopé, le réseau de création
et d'accompagnement pédagogiques,
expert national climat scolaire.

La question du climat scolaire n'est prise en considération que depuis peu en France. Elle a véritablement émergé suite à la mise en évidence par les médias et les chercheurs des phénomènes de violences et particulièrement du harcèlement dont les élèves sont victimes à l'école. En parallèle, depuis trente ans, les recherches internationales se sont considérablement développées sur cette thématique. Il a donc fallu ce double contexte – et que le grand public s'émeuve du harcèlement – pour qu'une véritable politique de prévention centrée sur le climat scolaire se mette en place. Cette montée en

puissance – dans l'ensemble de la société – de la revendication de bien-être, y compris à l'école, a déclenché une prise de conscience politique, laquelle s'est traduite par l'instauration d'une politique nationale structurée. Le premier levier d'intervention a été la lutte contre le harcèlement à l'école, mis en place dès 2011. Le taux de harcèlement

dans les écoles et les établissements du second degré était élevé : un élève sur dix environ, soit deux fois supérieur à des pays comme la Finlande ou l'État de l'Ontario au Canada qui avaient mis en place des programmes de développement d'un climat scolaire positif.

Une politique de prévention active

La dégradation du climat scolaire est corrélée à un fort taux de harcèlement ; le sentiment d'insécurité des élèves est grand. Face à l'ampleur de la tâche, en 2013, une Délégation ministérielle en charge de la lutte et de la prévention des violences en milieu scolaire a été mise en place pour promouvoir une politique de prévention active, accompagner les acteurs, observer les pratiques et recueillir un maximum d'expériences de terrain. Sous la direction d'Éric Debarbieux, un chercheur internationalement reconnu sur ces questions, la délégation a élaboré des propositions concrètes pour un climat serein dans la classe, au sein des équipes, dans les écoles et dans l'ensemble des établissements scolaires. Pour ce faire, elle s'est appuyée sur les résultats des recherches.

Les avancées sont de plusieurs ordres. Le harcèlement entre élèves a été inscrit dans la loi de refondation pour l'école de 2013 et identifié comme un délit ouvrant la possibilité de recours. Ceci a permis de développer le Numéro Vert national 3020, la mise en place de référents harcèlement dans tous les départements et

académies, avec une obligation de traitement des appels recueillis par le Numéro Vert. En outre, la notion de climat scolaire serein, condition nécessaire aux apprentissages, est désormais inscrite dans la loi.

Climat scolaire : détérioration entre sixième et troisième

L'on dispose désormais d'un bon niveau de connaissance de la qualité du climat scolaire dans les écoles et les établissements en France. Des enquêtes sont réalisées tous les trois ans par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Dépp) du ministère de l'Éducation nationale, alternant le collège et le lycée, avec des recueils élargis au primaire. Les réticences pour le primaire ont été nombreuses à la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc) du ministère de l'Éducation nationale, en raison de représentations assez faussées de la qualité du climat scolaire dans les écoles.

La méthodologie de l'enquête de *victimation*¹ et de climat scolaire, élaborée par Éric Debarbieux, a été reprise par la Dépp, ce qui a permis de stabiliser les questionnaires et donc d'accumuler des données précieuses. Les résultats sont d'autant plus robustes qu'ils sont tous corroborés par d'autres enquêtes dont l'angle d'entrée est essentiellement celui de la santé, comme les enquêtes internationales *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* sur la santé des collégiens, ou encore plus généraliste en lien avec les résultats

L'ESSENTIEL

-
- ▣ La dégradation du climat scolaire est corrélée à un fort taux de harcèlement.
- ▣ La mise en place, en 2013, d'une délégation ministérielle chargée de la lutte contre les violences en milieu scolaire a permis de promouvoir une politique de prévention. Un climat scolaire de qualité réduit les violences, les conduites addictives et renforce les compétences sociales et les résultats scolaires.
- ▣ État du chemin parcouru et recommandations pour l'action.

des élèves, comme le Programme international pour le suivi des acquis des élèves (*Programme for International Student Assessment – PISA*).

Toutes les enquêtes de climat scolaire indiquent une détérioration de la perception de ce dernier. Ainsi, si l'on examine le sentiment de justice selon le sexe et la classe, 70 % des garçons et 75 % des filles en sixième trouvent les punitions justes, contre respectivement 49 % et 70 % en troisième [1]. Les garçons estiment les punitions et les évaluations de plus en plus injustes jusqu'en troisième.

Constats et pistes pour l'action

Ces éléments ont incité le Réseau Canopé à porter une attention particulière au sentiment de justice pour les garçons :

- en proposant une implication progressive des garçons dans la vie de l'établissement ;
- en travaillant le règlement intérieur avec les élèves ;
- en accroissant la dimension éducative portée par les punitions et les sanctions.

Qu'il s'agisse de harcèlement – qui concerne un élève sur dix en moyenne, mais un élève sur sept en zone d'éducation prioritaire – ou de violences fortes perçues, les risques sont plus élevés en établissement implanté en zone d'éducation prioritaire (voir tableau 1 ci-dessous), particulièrement pour les filles, pour lesquelles la situation s'est dégradée entre 2011 et 2013, mais s'est légèrement améliorée à l'issue de l'enquête de 2015.

Concernant la différence entre les sexes, les garçons sont plus souvent auteurs de violence, et plus souvent victimes. Ils sont également les plus punis et les plus exclus.

Ces résultats ont montré l'importance d'observer une grande vigilance face au harcèlement et aux violences dans tous les collèges, en particulier dans ceux qui sont situés en zone d'éducation prioritaire. Plusieurs objectifs peuvent être poursuivis :

- mettre en place un plan de prévention des violences dans le collège ;
- recueillir systématiquement la parole des élèves ;
- anticiper les phénomènes en appliquant le règlement intérieur de façon homogène.

Une méthode systémique de prévention

L'intérêt de l'entrée par le climat scolaire est qu'elle constitue un bon détecteur de situations individuelles complexes ; un climat scolaire de qualité va permettre à tous les élèves, même les plus vulnérables, de progresser, avec des mises en place d'aides beaucoup plus favorables. Il a fallu convaincre tout un système éducatif, des recteurs aux enseignants. La méthode employée par la délégation ministérielle a été assez simple. Nous avons sillonné la France à la rencontre des acteurs. Nous avons créé des groupes académiques « climat scolaire » aux côtés des recteurs afin que les cadres académiques se parlent et envisagent des solutions : ces derniers ont été formés et ont été constitués en réseau par la délégation. Le cas le plus spectaculaire est celui de l'académie d'Aix-Marseille avec pas moins de 100 équivalents temps plein (ETP) consacrés au climat scolaire pour chaque bassin d'éducation, avec des personnels formés par la délégation. Ce sont de véritables mentors pour aider les équipes des écoles et des établissements à construire

les collectifs nécessaires. Une batterie d'outils opérationnels issus de groupes de travail nationaux intercatégoriels est disponible en ligne sur le site web collaboratif climat scolaire², permettant à tous les contributeurs en France d'ajouter des contenus.

La France peut s'inspirer de l'Ontario

Pour continuer de porter l'effort sur l'amélioration du climat scolaire, si l'on ne veut pas voir les enquêtes locales de climat scolaire se déployer sans cadre méthodologique rigoureux, il convient de créer un programme ambitieux en France. Ceci permettrait de faire converger toutes les thématiques de prévention (conduites violentes, conduites addictives, mal-être adolescent...), tant on sait désormais qu'un climat scolaire de qualité réduit les violences et également les conduites addictives et qu'il renforce les compétences sociales et les résultats scolaires, notamment en zone d'éducation prioritaire.

Un programme d'amélioration continue du climat scolaire permettrait :

- d'installer définitivement la notion de mesure, d'évaluation avant et après programme (par les enquêtes de climat scolaire) ;
- de déployer des actions systémiques dans les collèges et lycées (établissements publics locaux d'enseignement – Éple) en s'appuyant sur des équipes de recherches variées – empathie, bien-être, gestion des émotions, motivation... – en mesure d'accompagner les personnels ;
- de diffuser auprès des acteurs des établissements une rigueur et une méthode liées à la recherche.

Fondé sur le volontariat, il pourrait s'agir d'un programme de prévention globale par le développement des compétences sociales des élèves : c'est ce que l'État de l'Ontario au Canada a mis en place avec son programme « Pour un climat scolaire positif »³ en trois ans ; 75 % de ses établissements y ont adhéré. Le processus d'adhésion est simple : 70 % des personnels de l'établissement doivent voter en faveur de l'adhésion.

Actuellement, les établissements en France réalisent des enquêtes de climat scolaire et sont donc

Tableau 1. Taux d'élèves témoins, victimes ou acteurs de violence dans les collèges selon la zone d'implantation de leur collège

	Violence forte perçue	Victimes de racket	Racketteurs autodéclarés
Collèges en zones non classées	15 %	5,3 %	5,3 %
Collèges en zones d'éducation prioritaire	34 %	7,6 %	7,9 %
Collèges en zones d'éducation prioritaire sensibles	37,5 %	8,7 %	10,3 %

Source : Enquête nationale de climat scolaire et de victimation, ministère de l'Éducation nationale, Debarbieux, 2013.



© Magali Delporte/Picturam/MEN

détenteurs d'un diagnostic. Toutefois, les actions et les mesures décidées dans l'établissement sont conduites par les acteurs de l'établissement et, dans le cas le plus favorable, elles sont appuyées par des corps d'inspection dont la formation initiale et continue est peu en phase avec une posture critique pourtant nécessaire.

Le développement d'un programme d'amélioration continue du climat scolaire en France se heurte pour l'heure à trois écueils ou déficits majeurs :

- à l'issue du diagnostic, la difficulté majeure est d'identifier le facteur qui bloque l'amélioration du climat scolaire dans l'établissement. Il peut ainsi s'agir de divergences d'interprétation du règlement intérieur par le personnel éducatif. Dans ce cas, l'établissement peut se faire aider par des chercheurs en discipline positive, en développement de l'empathie, en communication non violente... ;
- le manque de ressources scientifiquement validées, calquées sur les résultats de recherches ; le site web climat scolaire, issu du travail d'un conseil scientifique international, pourrait être la plateforme de ressources et de formations à la démarche systémique ;

- La carence d'un conseil externe avisé : il pourrait être mis en place un coaching par un coach externe formé, avec un retour régulier sur les avancées du programme au sein de l'établissement – étant entendu que les équipes Canopé ont été formées à la notion de médiation et pourraient fort bien former les coaches d'établissement.

Déploiement du programme : un contrat de confiance

L'intérêt du déploiement d'un tel programme est double.

D'une part, il permet de structurer des modalités d'intervention analogues sur l'ensemble du territoire sur des sujets où de nombreuses interventions sont inefficaces et coûteuses – interventions ponctuelles d'une heure ou d'une matinée, de façon externalisée, assurées par des intervenants divers, sans que cela fasse sens pour les élèves –, voire contre-productives (pour mémoire, les interventions sur les drogues qui, au lieu d'inviter les jeunes à réfléchir, les incitent davantage à essayer ; voir à ce propos les éléments consignés dans le rapport d'activité 2016 de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – Mildeca).

D'autre part, ce programme responsabilise les acteurs : il s'agit donc de mettre l'accent sur la confiance accordée aux équipes pour se mobiliser autour de programmes structurés et structurants pour les établissements. Les équipes peuvent effectivement réussir : aucun établissement n'est soumis à une quelconque fatalité.

Efficacité du programme

Les pays ou les villes (Canada, Finlande, Chicago, Italie...) qui ont déployé des programmes de ce type ont connu :

- une baisse de moitié des phénomènes de harcèlement, passant en dessous de la barre des 5 % d'élèves harcelés ;
- une amélioration assez spectaculaire – de l'ordre de 15 % à 20 % – des résultats scolaires dans les zones défavorisées ;
- une amélioration de la qualité de vie au travail des enseignants (diminution du nombre de burn out, arrêts de travail...);
- une diminution de 25 % de l'absentéisme des élèves.

En conclusion, le déploiement d'un programme d'amélioration continue du climat scolaire permettrait de faire vivre les notions de confiance, de bienveillance, d'autonomie dans chaque établissement. Trois types d'équipes sont à mobiliser pour ce faire : les équipes de recherches, les équipes climat scolaire, les équipes Canopé pour l'élaboration et la formation aux ressources du programme. ■

1. Fait de subir une atteinte physique ou psychique.
2. <https://www.reseaucanope.fr/climatscolaire/accueil.html>
3. <http://www.climatscolairepositif.ca/>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. *Enquête nationale de climat scolaire et de victimation*, Paris : ministère de l'Éducation nationale, 2013.

Belgique francophone : une évaluation des « cellules bien-être » en milieu scolaire

**Chantal Vandoorne,
Marie-Christine Miermans,
Gaëtan Absil,**

chercheur.e.s à l'université de Liège,
Appui en promotion et en éducation
pour la santé – Apes-ULiège (Belgique).

Depuis 1990, de nombreuses initiatives de promotion de la santé à l'école sont développées en Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique francophone) ; elles portent essentiellement sur les contenus d'enseignement, les apprentissages, les modes de vie et sur le climat scolaire. En mars 2011, une nouvelle étape a été franchie avec la création d'un dispositif-pilote intitulé « Cellule bien-être » (CBE), porté par trois ministères : enseignement, santé, jeunesse et aide à la jeunesse ; une association inédite. Le dispositif s'inscrit dans la continuité philosophique des approches intégrées couramment utilisées en promotion de la santé à l'école [1 ; 2]. Ce dispositif se veut très ouvert, pour faire émerger – sans idée préconçue – des représentations du bien-être, des points de repères, des procédures dont les acteurs institutionnels pourront s'inspirer pour favoriser la dissémination des CBE.

Développer le bien-être dans les établissements

Concrètement, une cellule bien-être est un groupe local de coordination qui réunit des intervenants internes et externes à l'école (chefs d'établissements, enseignants, éducateurs, membres

des équipes des centres psycho-médico-sociaux – CPMS et des services de promotion de la santé à l'école – SPSE, élèves). Ce groupe se réunit régulièrement pour aider le chef d'établissement à définir les lignes de force de son école en matière de santé et de bien-être. Il dynamise donc la promotion de la santé et du bien-être durant le temps scolaire, identifie les ressources internes et externes auxquelles faire appel, tout en prenant en compte les problématiques spécifiques de l'établissement.

Ce dispositif-pilote s'est déroulé sur deux années scolaires (2011 à 2013) : 72 écoles de tous types et de tous niveaux ont mis en place une cellule bien-être. Pour le déploiement

L'ESSENTIEL

À partir de 2011, la Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique francophone) a lancé un dispositif-pilote de « cellules bien-être » dans ses établissements scolaires. Ce dispositif a fait l'objet d'une évaluation. Analyse et résultats.

du dispositif, ces écoles ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique individualisé [3] et d'une mobilisation des partenaires locaux : centres psycho-médico-sociaux (CPMS) et services de promotion de la santé à l'école (SPSE). Lors de rencontres semestrielles, les écoles d'un même



© Xavier Schmeidel/Pictorial/MEN



© Jean Bardeletti/PicturePoint/MEP

territoire ont partagé leur expérience. En effet, le dispositif est conçu pour favoriser les apprentissages de tous les acteurs impliqués, en contact les uns avec les autres. Les mêmes types de rencontres ont réuni les services d'accompagnement, les acteurs institutionnels concernés par le bien-être à l'école. Ce dispositif-pilote est géré par un comité opérationnel qui réunit les représentants des ministères, des administrations et l'Appui en promotion et en éducation pour la santé de l'université de Liège (APES-ULiège), qui est chargée de l'accompagnement et de l'évaluation du dispositif [4].

Une évaluation participative

Les cellules de bien-être ont fait l'objet d'une évaluation participative en partant d'une matrice de questions¹. Cette évaluation est fondée sur des outils et des démarches diversifiés : récits, ateliers, forums et rencontres, observations, comptes rendus, enquêtes par questionnaires. Elle a pris en compte tout particulièrement : les configurations particulières des cellules, les interactions, les caractéristiques des actions mises en place dans l'école, l'organisation et la composition des cellules, etc. [5]. Chaque établissement a fait l'objet d'une évaluation, puis les résultats

ont été mis en perspective pour faire émerger des constats et des repères utilisables par les acteurs locaux et, au niveau plus large de décision, des politiques publiques dans les différents secteurs concernés par le bien-être à l'école.

Le bien-être, une notion polymorphe

Quelques constats semblent transférables d'un système éducatif à l'autre. L'ensemble des résultats est consigné dans les deux rapports d'évaluation [6 ; 7]. Le premier constat est établi à partir de l'analyse de 390 actions menées par les cellules de bien-être, puis réparties par les évaluateurs en 25 thématiques. Cette analyse laisse apparaître une notion de bien-être polymorphe, c'est-à-dire définie de façon très variable, mixant l'individuel *versus* le collectif, l'objectif ou le subjectif, l'environnement matériel, social. Ce constat est donc conforme à la définition du bien-être telle qu'elle est proposée par le Conseil de l'Europe [8] et par l'Organisation de coopération et de développement économiques – OCDE [9] : « *Le bien-être est un concept qu'il appartient aux seuls citoyens de définir au travers de processus élaboratifs.* »

L'évaluation fait émerger une vision élargie du bien-être qui passe par trois grands éléments constitutifs :

- le développement des compétences personnelles en lien avec la santé des élèves ;
- le soutien du « vivre ensemble », en articulation avec le développement de chacun, en respect de son identité et de son parcours singulier (projet de vie dans le cadre scolaire et en dehors) ;
- la qualité de vie dans le cadre scolaire (y compris, donc, au sein de la communauté scolaire).

De l'éducation à la vie affective en passant par l'estime de soi

En moyenne, sur deux ans, les écoles ont abordé cinq à six portes d'entrée différentes parmi les 25 thématiques. Par ailleurs, 80 % des écoles font intervenir des collaborateurs externes de secteurs très variés (santé, jeunesse, social, développement économique, culture, sport, solidarité, insertion professionnelle). Dans la plupart des cas, les écoles estiment que ces collaborations apportent de réelles ressources, sans lesquelles certaines actions seraient difficiles à mettre en place. Les écoles vont chercher auprès des partenaires et des ressources externes un soutien opérationnel et une expertise sur les thématiques moins bien maîtrisées par les acteurs scolaires. Par ailleurs, la priorité est donnée aux thèmes les plus transversaux qui servent de porte d'entrée dans l'action (éducation à l'environnement ; prévention des assuétudes/addictions ; éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle ; solidarité Nord-Sud ; accrochage (lutte contre le décrochage) scolaire ; gestion des conflits ; etc.). En effet, ces thèmes correspondent souvent aux priorités concrètes perçues par les acteurs scolaires ou par la société. En revanche, certains thèmes (estime de soi, vivre ensemble, échanges, relations et communication dans l'école, citoyenneté, santé holistique au sens bio-psycho-social) ne servent pas de porte d'entrée, mais on les retrouve dans nombre d'actions. Ils sont au cœur de la mission éducative de l'école et de l'action de nombreux professionnels de la promotion de la santé. Enfin, les thèmes relevant

de la qualité de vie sont aussi présents (aménagement des bâtiments et des infrastructures, d'espaces de détente ; organisation de moments de convivialité ; activités sportives et culturelles ; aménagement de l'offre alimentaire).

Ainsi, le bien-être, au-delà d'englober une multitude de thématiques, permet une transversalité : cette préoccupation commune est partagée et les dynamiques interagissent entre elles : les thématiques diverses liées au bien-être se complètent et nécessitent le recours à des ressources externes très diversifiées ; elles mobilisent des approches collectives.

Bien-être, climat d'école et culture d'établissement

Cette conception du bien-être est donc totalement cohérente avec les missions – inscrites dans les décrets – fondatrices de l'enseignement obligatoire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Le bien-être est lié de façon systémique à la notion de climat d'école et de culture d'établissement. Le défi majeur est d'articuler communauté et spécificités. La communauté repose sur la prise de conscience et l'acceptation des liens entre le bien-être et une série d'actions très diversifiées existant dans un établissement scolaire. Un point de vigilance est tout particulièrement souligné à l'issue de cette évaluation : dans l'amélioration du bien-être, les différents acteurs doivent bénéficier d'une autonomie pour pouvoir mettre en œuvre des objectifs propres, valoriser des spécificités, avec le défi de maintenir une cohérence. Pour ce faire, les espaces de collaboration entre intervenants externes et établissements scolaires doivent être clairement définis. C'est l'une des tâches majeures des cellules bien-être. Elles sont à la fois un lieu de réflexivité, d'articulation des diagnostics et des actions, et aussi un lieu de vigilance quant à la cohérence et aux choix des besoins prioritaires.

L'évaluation de ce dispositif a fourni de nombreux autres résultats sur la façon de s'organiser au sein d'un établissement scolaire pour

intégrer la notion de bien-être au quotidien dans le projet éducatif global :

- Comment constituer un groupe de référence qui prendra en charge le développement du bien-être ?
- Comment articuler des approches individuelles et collectives du bien-être des élèves et des enseignants ?
- Quel temps est nécessaire pour la concertation interne et avec les partenaires externes ?
- Comment articuler cette action avec les autres dispositifs qui structurent les organisations scolaires ?
- Quelles nouvelles orientations introduire dans la formation des enseignants et des directions d'écoles ?

Ainsi, si cette expérience-pilote n'a pas donné lieu à une réglementation nouvelle pour les établissements

scolaires, on peut espérer qu'elle se soit introduite dans les interstices des cadres législatifs et administratifs existants. ■

1. Matrice de questions :

1) Comment institutionnaliser une CBE au sein des établissements ? Quels sont les modes d'organisation adoptés, les acteurs impliqués, les liens noués avec d'autres structures de concertation au sein de l'école, les éléments qui facilitent ou limitent la mise en place et la continuité de la CBE ?

2) Quelles stratégies sont développées pour faciliter l'intégration et la cohérence des initiatives autour du bien-être de la communauté scolaire (élèves et adultes) ? Dans quelle mesure la préoccupation pour le bien-être prend-elle place dans une vision partagée et élargie des missions éducatives de l'école ?

3) Comment s'organisent et s'échelonnent les collaborations sur lesquelles s'appuyer pour développer une CBE et des actions autour du bien-être ? Comment s'appuyer sur des ressources externes tout en laissant la main aux établissements scolaires ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Young I., Williams T. *The Healthy School*. Edinburgh : Scottish Health Education Group, 1989.
- [2] St-Léger L., Young I., Blanchard C., Perry M. *Promoting Health in Schools, from Evidence to Action*. Saint-Denis : International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2010. *Promouvoir la santé à l'école. Des preuves à l'action*. Saint-Denis : IUHPE, 2010 : 14 p. En ligne : http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_FR.pdf
- [3] Voir à ce propos, les analyses et commentaires des accompagnateurs qui venaient de secteurs différents : éducation populaire, éducation relative à l'environnement, aide à la jeunesse, promotion de la santé, éducation à la citoyenneté. *Éducation Santé*, novembre 2013, n° 294. Université de Paix. En ligne : <http://educationsante.be/article/le-bon-usage-de-la-gestion-des-conflits/>
- Empreintes. En ligne : <http://educationsante.be/article/la-participation-des-eleves-comme-levier-du-bien-etre/>
- Synergies. En ligne : <http://educationsante.be/article/construire-un-espace-de-confiance-a-lecole/>
- Ceméa. En ligne : <http://educationsante.be/article/considerer-la-personne-dans-sa-globalite-education-dans-sa-continuite/>
- [4] Hubin N., Absil G., Vandoorne C. Apprentissage collectif et évaluation dans le cadre du dispositif expérimental des « Cellules bien-être » en

Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique). In Berger D., Balcou-Debussche M., Loizon D., Mackiewicz M.-P. et al. *Éducation à la santé et complexité*. Actes du 4^e Colloque international d'UNIRÉS. Paris : Éditions MGEN, 2014. En ligne : <http://hdl.handle.net/2268/158274>

[5] Hubin N., Absil G. Évaluation dans le cadre du dispositif expérimental des « Cellules bien-être » en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : *Éducation Santé*, 2012, n° 283.

[6] Vandoorne C., Hubin N. *Dispositif-pilote de Cellules bien-être en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport d'évaluation intermédiaire EvalCBE.1 : Mise en œuvre du dispositif au niveau local*. Liège : APES-ULg, 2013 : 78 p. En ligne : <http://hdl.handle.net/2268/145903>

[7] Hubin N., Miermans M.-C., Absil G. *Dispositif-pilote de Cellules bien-être en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport d'évaluation EvalCBE.2 : Institutionnalisation et vision partagée du bien-être*. Liège : APES-ULg, 2013 : 58 p. En ligne : <http://hdl.handle.net/2268/158362>

[8] Conseil de l'Europe. *Construire le progrès sociétal pour le bien-être de tous avec les citoyens et les communautés. Guide méthodologique*. Paris : Éditions du Conseil de l'Europe, 2011 : 255 p.

[9] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *L'Éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale*. Paris : Éditions OCDE, 2011 : 248 p.

Collège de Lagnieu : « Une démarche globale de bienveillance et d'écoute des élèves »

Entretien avec Isabelle Geoffroy,

principale adjointe du collège Paul-Claudé, à Lagnieu (Ain).

La Santé en action : Quelles actions efficaces votre collège a-t-il mises en œuvre depuis cinq ans dans le cadre du dispositif « Aller bien pour mieux apprendre » (Abma) ?

Isabelle Geoffroy : Notre collège semi-rural accueille 820 élèves venant de douze écoles primaires différentes, et la moitié est issue de catégories so-

ciales modestes ou défavorisées. Le pivot de notre projet d'établissement repose sur la mesure préalable du bien-être des jeunes *via* le questionnaire-diagnostic sur le bien-être des élèves : « Transparole », qui est dépouillé avec eux. C'est le point de départ d'un dialogue, un constat qui permet de concrétiser ce qui peut être attendu de la démarche « Aller bien pour mieux apprendre » – Abma

(voir encadré page 23). Les élèves répondent au questionnaire tous les deux ans, sauf les sixièmes qui y répondent chaque année et font donc l'objet d'une attention particulière. Aux sixièmes, nous demandons : « Comment s'est passée ta rentrée ? », « Comment te sens-tu après quelques mois ? », « Dis ce qui te plaît le plus et le moins » ; aux quatrièmes, nous demandons par exemple de compléter la phrase : « Au collège, je me sentirais mieux si... » Recueillir la parole des élèves est un moyen de les impliquer et d'adapter nos actions en fonction de leurs besoins réels.

S. A. : **Que vous disent ces élèves ?**

I. G. : Les sixièmes se plaignaient régulièrement d'être victimes d'incivilités de la part des plus grands. Nous avons instauré des rencontres rapides entre les élèves de CM2 et ceux de quatrième pour dédramatiser la future rentrée. Ensuite, lorsque les petits nouveaux arrivent au collège, ils participent à des ateliers : repérage dans l'établissement, faire son cartable, hygiène et santé. Un tutorat peut être mis en place pour les élèves de sixième qui le demandent et il est alors effectué par des élèves de troisième qui sont volontaires. Nous avons également réorganisé l'accès au foyer afin qu'il demeure ce qu'il doit être : un espace de détente ; chaque niveau a désormais son jour où le foyer lui est exclusivement réservé. Les conflits de faible intensité sont gérés grâce à la médiation par les pairs. Un organisme extérieur¹ forme les élèves, les enseignants et

le personnel, car l'amélioration du climat scolaire est l'affaire de tous. Nous avons une salle qui sert d'espace de médiation à certains horaires et c'est aux élèves (accompagnés par des adultes) qu'il revient de réguler cet espace.

Un de nos premiers chantiers a été d'alléger le poids des cartables. Avec les professeurs principaux, nous avons travaillé sur la liste des fournitures scolaires, en privilégiant par exemple les cahiers de 48 pages. Nous apprenons aux élèves ce qu'est une bonne utilisation de leur casier : à la pause méridienne, on dépose les affaires du matin pour prendre celles de l'après-midi.

S. A. : **Après cinq ans d'actions, quel bilan dressez-vous ?**

I. G. : Le climat scolaire du collège est apaisé. Plusieurs indicateurs montrent des progrès significatifs. Les punitions scolaires sont passées de 1 300 à 991 entre 2014 et 2017. Les retards en cours – à la deuxième sonnerie, les élèves doivent être en classe – ont diminué : ils étaient au nombre de 2 460 en 2014 et de 687 en 2017. Les exclusions de l'établissement ont baissé, passant de 110 à 85 en trois ans. De même, les exclusions de cours pendant une heure ont fortement chuté : nous en recensons près de 700 il y a cinq ans, contre seulement une centaine pendant l'année scolaire 2016-2017. Je ne dispose pas d'indicateurs chiffrés sur les incivilités, mais nous constatons globalement une baisse.

L'ESSENTIEL

► Au collège de Lagnieu, les élèves de quatrième accueillent les futurs sixièmes. Les conflits « simples » sont gérés grâce à la médiation par les pairs, à laquelle sont formés certains élèves et le personnel.

► Une démarche globale de bienveillance et d'écoute des élèves a été mise en place, qui porte aussi sur la façon dont on les évalue : les enseignants ne mettent plus de zéro.

► Un ensemble de mesures a permis d'améliorer le climat scolaire et notamment de réduire le nombre d'exclusions de l'établissement et des cours.

« **LORSQU'UN DEVOIR N'EST PAS BON, LE PROFESSEUR DONNE UNE SECONDE CHANCE ET REFAIT UNE ÉVALUATION. L'IDÉE EST DE VOIR COMMENT L'ÉLÈVE ÉVOLUE ET DE FAIRE LE CONSTAT DE SES PROGRÈS, AFIN DE L'AIDER À SE PROJETER DANS L'AVENIR.** »

S. A. : Quelles actions Abma ont participé à cette évolution favorable du climat scolaire ?

I. G. : Il est difficile d'en isoler certaines au détriment d'autres, alors qu'elles se complètent. C'est une démarche globale de bienveillance et d'écoute des élèves, qui porte aussi sur la façon dont on les évalue. Les enseignants ne mettent plus de zéro. Lorsqu'un devoir n'est pas bon, le professeur donne une seconde chance et refait une évaluation. L'idée est de voir comment l'élève évolue et de faire le constat de ses progrès, afin de l'aider à se projeter dans l'avenir. Cette posture d'écoute et d'aide, les élèves la ressentent bien. Tout cela participe d'un climat plus serein, y compris l'accueil des élèves dans l'établissement, qui se fait désormais sans hurlement ; à titre anecdotique, mais fortement symbolique, nous avons aussi changé la tonalité de la sonnerie pour aller en cours, laquelle est moins agressive, plus douce.

S. A. : Quels freins entravent le déploiement de votre projet ?

I. G. : L'amélioration du bien-être concerne l'ensemble de la communauté scolaire. Nous avons voulu sonder le personnel de l'établissement sur son propre bien-être, mais nous n'avons obtenu que très peu de retours. C'est une déception. Peut-être faut-il du temps pour que tout le monde s'approprie la démarche. Nous envisageons de refaire un questionnaire prochainement. Le projet suscite parfois des résistances, certains n'y adhèrent pas. Nous nous sommes par exemple heurtés à des freins pour faire évoluer la cantine. C'est un sujet important, puisque 80 % de nos 820 élèves sont demi-pensionnaires. C'était aussi une source d'insatisfaction pointée par « Transparole ». Nous voulions donc faire du déjeuner un temps agréable et un moment

fédérateur. Il a cependant fallu une rotation du personnel pour que des agents soient prêts à s'investir, en organisant un véritable accueil des élèves, en proposant des

menus à thème où eux-mêmes se déguisent, etc. Toutefois, en dépit de ces difficultés importantes, notre projet se déroule globalement bien. Il faut préciser à cet égard que notre établissement bénéficie d'un environnement favorable, sans difficultés ni violences majeures.

S. A. : Quel est l'intérêt territorial de généraliser cette démarche Abma, suivie par de nombreuses écoles primaires ?

I. G. : Au sein du conseil écoles/collège qui permet de favoriser la transition entre ces deux cycles, il est effectivement apparu que certains établissements du primaire étaient engagés dans des démarches autour du bien-être. Une importante école du secteur met par exemple en œuvre les accords toltèques² pour résoudre les conflits. D'autres mènent des actions spécifiques dans certaines classes. L'idée est donc de diffuser cette expérimentation Abma à l'ensemble des écoles dans le but de travailler en amont certaines difficultés

– qui seront d'autant moins nombreuses à gérer au collège – et d'assurer une meilleure continuité. Nous transférons donc notre expertise dans les écoles ; nous les accompagnons pour qu'elles posent leur diagnostic et qu'elles montent leur propre projet. Cependant, nous sommes davantage des guides que des formateurs. Il ne s'agit pas de modéliser, mais de donner une impulsion, une inspiration pour aller plus loin. Les écoles du secteur ne partent pas de zéro, elles ont déjà accompli quelques actions, faisant de l'Abma sans vraiment nommer la méthode. Il faut partir de l'existant, mettre en visibilité ce principe de bienveillance tel qu'il a été décliné jusqu'à présent, et apporter du soutien à ces établissements pour que la démarche s'amplifie ; à chacun d'entre eux de mettre en œuvre les actions qu'il juge adaptées à sa spécificité. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quéruel**, journaliste.

1. Associations régionales des œuvres éducatives et de vacances de l'Éducation nationale (Aroeven).
2. Les quatre accords toltèques, rédigés par le mexicain Miguel Ángel Ruiz, peuvent être ainsi sommairement résumés :

- Que votre parole soit impeccable.
- Quoi qu'il arrive, n'en faites pas une affaire personnelle.
- Ne faites pas de suppositions.
- Faites toujours de votre mieux.

(Source : Wikipedia. En ligne : https://fr.wikipedia.org/wiki/Miguel_Ruiz)

ABMA : ALLER BIEN POUR MIEUX APPRENDRE, PROGRAMME EXPÉRIMENTAL

En partenariat avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Inpes (intégré depuis 2016 à Santé publique France), le rectorat de Lyon a mis en place une expérimentation pour améliorer le climat scolaire et favoriser la réussite de tous. Intitulée « Aller bien pour mieux apprendre » (Abma), celle-ci s'adresse à des écoles primaires, des collèges ou des lycées volontaires et doit se déployer sur trois ans. 11 établissements sont actuellement engagés dans cette démarche. Les initiateurs de l'expérimentation mettent à disposition une boîte à outils pour que les établissements s'emparent de la démarche et mènent une réflexion d'ensemble. L'intervention Abma se fait donc au niveau du pilotage de l'établissement scolaire. L'adhésion des personnels, des parents et des élèves est par ailleurs favorisée. Les recherches menées dans le cadre du Réseau européen des écoles promotrices de santé (Reeps) sous-tendent l'expérience et l'inspirent. La santé globale ne s'intéresse pas uniquement à l'état de santé physique des personnes, elle prend aussi en compte les dimensions psychique, sociale et environnementale des individus.

Source : eduscol.education.fr/experitheque/fiches/fiche10096.pdf

La cité scolaire Pellet réunit, pour l'école primaire et le collège, un enseignement dans l'expertise de la déficience visuelle avec des troubles associés dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, et un lycée professionnel du CAP au BTS.

Enseignement adapté à Villeurbanne : à l'école de l'estime de soi

Entretien avec Samia Bendali,

proviseur de la cité scolaire René-Pellet, lycée d'enseignement professionnel des métiers du tertiaire et de l'artisanat d'art, Établissement régional d'enseignement adapté à la déficience visuelle – Érea-DV, (Villeurbanne).

L'ESSENTIEL

▣ Cet établissement pas comme les autres vise à développer l'estime de soi et les compétences psychosociales : les collégiens brailleux ou malvoyants ne se déplacent plus de salle en salle, ce sont les enseignants qui viennent à eux.

▣ Une esthéticienne vient chaque mois pour une séance réunissant dix élèves (déficients visuels et non porteurs de handicap) afin de les sensibiliser aux techniques de soin du visage et du corps. Elle dispense des informations théoriques sur les produits utilisés, les différents types de peau, et des cours pratiques : soins de la peau, des mains, techniques de maquillage.

▣ Enseignants, pôle médico-social, vie scolaire, service général, direction accompagnent les élèves dans la réussite de leurs apprentissages.

La Santé en action : Quelles sont les particularités de l'établissement scolaire que vous dirigez ?

Samia Bendali : La cité scolaire René-Pellet reçoit des jeunes déficients visuels – de l'école primaire au collège – et des élèves dits « ordinaires » au lycée professionnel jusqu'au BTS, qui dispose d'un internat d'une capacité de 90 places. Le collège ouvre ses portes aux adolescents déficients visuels et aussi à des élèves présentant dyslexie, dyspraxie ou dyscalculie.

Le lycée, du CAP au Bac pro, est centré sur les métiers du tertiaire et de l'artisanat d'art. Et à partir de la rentrée 2018, le BTS Support à l'action managériale sera ouvert à tous les étudiants, quel que soit leur type de handicap, visuel ou moteur. Nos murs accueillent une structure médico-sociale – composée d'éducateurs, de médecins, de rééducateurs, de psychologues, etc. – qui accompagne les élèves dans la réussite de leurs apprentissages.

S. A. : Pourquoi avoir engagé votre établissement dans un dispositif de promotion de la santé et dans la démarche « Aller bien pour mieux apprendre » (Abma) ?

S. B. : J'ai expérimenté la démarche Abma¹ dans mon ancien établissement, je me suis formée et suis devenue référente académique. Cette démarche m'intéresse, car elle vise à ce que l'ensemble de la communauté éducative – élèves, enseignants et personnels – se sente bien ; et, pour atteindre cet objectif, chacun a un

rôle à jouer. Dès mon arrivée, j'ai souhaité promouvoir d'autres pratiques au sein de la cité scolaire et j'ai fait de la bienveillance – terme que je préfère à bienveillance, parce que plus concret et moins galvaudé – un axe central du projet inscrit dans le nouveau contrat d'objectifs tripartite associant les autorités académiques, la région Auvergne-Rhône-Alpes et la cité scolaire René-Pellet.

S. A. : Quelles actions concrètes avez-vous mises en œuvre à ce jour ?

S. B. : L'une de mes priorités est la réfection des locaux afin d'améliorer les conditions d'accueil des personnels et des élèves dans un établissement qui avait été quelque peu oublié. C'est une condition indispensable au bien-être. Les élèves du conseil de la vie lycéenne ont été associés au choix du mobilier. Les impliquer est un moyen de leur faire s'approprier les lieux et, ainsi, de limiter les dégradations ; on a tendance à moins détériorer un lieu où l'on se sent bien.

Une des premières actions mises en place est la création d'une journée de partage, réunissant élèves et personnels une fois par trimestre, avec un repas convivial et des activités qui rassemblent tout le monde. Il s'agit de fédérer la communauté, au-delà des séparations primaire, collège, lycée ; de créer des passerelles entre petits et grands, entre professeurs et agents par des échanges informels. Celle du troisième trimestre 2018 sera consacrée au thème de l'élégance, avec la venue de plusieurs esthéticiennes, pour travailler sur l'estime de soi.

Depuis la rentrée 2017-2018, un rituel a été mis en place : tous les jours, un élève vient dire au micro le « mot du jour » entendu par tous ; il est libre de parler de ce qu'il veut dans son message. Cette initiative permet aussi de faire connaissance. Pour certains élèves, c'est une petite épreuve, mais qui apporte de la confiance en soi quand ils la surmontent.

Ensuite, nous avons repensé l'organisation pour les élèves de collège de 11-12 ans, brailleuses ou mal voyants. Au lieu qu'ils se déplacent de classe en classe, d'un étage à l'autre, avec leur matériel assez lourd et leur canne, ce sont maintenant les enseignants qui se rendent dans leur classe située désormais au rez-de-chaussée. L'idée est de créer un cadre favorable pour qu'ils puissent développer leur autonomie autrement, par exemple en installant un self-service pour remplacer le service à table.

S. A. : Comment ces premières mesures ont-elles été accueillies par les élèves, les personnels et les parents ?

S. B. : Faire en sorte que l'école soit promotrice de santé, c'est l'affaire de tous. Mais le changement induit une période de flottement et suscite des interrogations. C'est à l'équipe de direction, qui porte ce projet, de convaincre et de rassurer les équipes. En effet, rien n'est imposé. Nous formulons des propositions, elles sont expérimentées et si elles ne conviennent pas à la majorité de la communauté, il est possible de revenir en arrière. Par exemple, nous avons réfléchi à la pause méridienne qui est assez longue : de 11 h 30 à 14 heures. Pourquoi ne pas la raccourcir pour les lycéens et leur permettre de partir avant 18 heures ? Après concertation, cette idée a été votée par les membres du conseil d'administration (représentants de la direction, des enseignants, de la collectivité territoriale, des familles et des élèves) ; elle va être mise en place à la rentrée 2018.

S. A. Dans quel but faites-vous venir une esthéticienne dans votre établissement ?

S. B. : Depuis la rentrée, nous faisons effectivement venir une esthéticienne une fois par mois. Ces séances de deux heures regroupant une dizaine



© Stéphane Le Lannier/PhotoJamb/MEN

d'élèves et un enseignant sont des moments très significatifs pour des adolescents déficients visuels : prendre soin de sa peau et de ses mains, se maquiller et maquiller l'autre, dans un cadre bienveillant. Il s'agit d'apprendre à prendre soin de soi, d'accepter de laisser un camarade s'occuper de soi, de connaître les gestes essentiels à une bonne hygiène, d'acquérir des compétences autrement.

Financer cette activité implique de dégager une ligne budgétaire au détriment d'autres activités, comme les sorties scolaires. Lors du vote du budget en conseil d'administration, les parents se sont montrés surpris par cette proposition. Je leur ai expliqué que les élèves présents au conseil feraient un retour sur l'atelier d'esthétique. Les parents se sont finalement laissés convaincre sans difficulté ; le concept de bienveillance leur parle tout autant qu'à leurs enfants. Globalement, ce sont les élèves qui s'adaptent le mieux à cette nouvelle donne et leurs appréciations positives ont un effet entraînant sur les enseignants et sur la réussite des élèves. Concernant les parents, nous n'avons pas de retour pour le moment sur les actions menées.

S. A. : Comment soutenir les élèves confrontés à une exigence de réussite ?

S. B. : Effectivement, parmi nos projets, nous souhaitons aborder le lâcher-prise auprès des élèves, en partenariat avec un professeur d'éducation physique de l'extérieur, qui

viendrait animer des séances de yoga, soit au moment de la pause déjeuner, soit en fin de journée, et en particulier en période d'examen. Les élèves déficients visuels se mettent une pression importante pour réussir en dépit de leur handicap. Ce sont des élèves fragiles qui ont dû apprendre à accepter leur handicap et qui ont besoin d'être accompagnés. Il peut être intéressant pour eux d'apprendre désormais à lâcher prise pour cheminer vers la réussite, avec plus de confiance en eux et moins de stress.

S. A. : L'accueil d'élèves handicapés modifie-t-il votre approche ?

S. B. : Je ne le pense pas. La bienveillance et l'empathie apportent une valeur ajoutée, quel que soit le public accueilli. C'est une démarche généraliste qui n'établit pas de différence entre les élèves. En d'autres termes, cette démarche n'a pas besoin d'être adaptée à des besoins spécifiques, notamment celui du handicap. Elle est tout aussi bénéfique aux élèves favorisés d'un établissement d'un quartier aisé, qui ont leur propre problématique. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Expérimentation mise en place par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - Inpes (intégré depuis 2016 à Santé publique France) et le rectorat de Lyon. Déployée sur trois ans, elle s'adresse à des établissements volontaires. L'objectif : améliorer le climat scolaire et favoriser la réussite de tous.

Climat scolaire et relationnel positifs : essentiels au bien-être et à la réussite éducative

Claire Beaumont,
psychologue et professeure,
titulaire de la Chaire de recherche
bien-être à l'école et prévention
de la violence,
université Laval (Québec, Canada).

La réussite éducative est une préoccupation constante pour plusieurs pays qui voient en l'éducation un levier puissant pour assurer l'avenir des populations. Concept plus large que celui de réussite scolaire, la réussite éducative vise le développement des potentialités affectives, morales, intellectuelles, physiques et spirituelles des jeunes tout en misant sur leur réussite académique [1]. Aider les jeunes à développer ces multiples compétences, c'est participer au développement de futurs citoyens responsables, capables de veiller à leur propre bien-être et de contribuer activement au projet collectif de la société. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [2] reconnaît qu'en investissant dans l'éducation, les décideurs génèrent d'importants bienfaits à la société, offrant de meilleures perspectives d'emploi et de revenu aux individus, constituant de plus un véritable facteur de protection de la santé¹ et du bien-être à l'âge adulte.

La violence affecte le développement psychologique. Au Québec, les dernières réformes de l'éducation ont relevé l'importance d'enseigner aux élèves des comportements favorisant leur santé et leur bien-être, rappelant que l'école doit leur offrir un environnement sécuritaire, propice à leur épanouissement personnel et social. Parmi les facteurs associés négativement au bien-être des jeunes, la violence entre pairs a été maintes

fois citée dans la littérature. Il a été démontré que tant les cibles, que les auteurs ou les témoins de ces violences (verbales, physiques, sociales, matérielles ou électroniques) sont à risque de subir des conséquences affectant leurs développements psychologique – anxiété, dépression... –, social – exclusion, isolement... –, scolaire – baisse de résultats, absentéisme... – et physique – maux de tête, insomnie... – [3]. Des déficits sur le plan des compétences émotionnelles et sociales figurent parmi les facteurs qui expliquent pourquoi certains jeunes adoptent des comportements d'agression ou encore se sentent impuissants face à la violence de leurs pairs [4].

L'ESSENTIEL

- ❑ **La santé se définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (Organisation mondiale de la santé – OMS).**
- ❑ **L'école, second milieu de vie après la famille, a un rôle majeur à jouer dans la socialisation des jeunes.**
- ❑ **Au Québec, les chercheurs ont formulé des recommandations pour améliorer ce bien-être et le climat scolaire. La ligne de conduite fortement recommandée dans les écoles québécoises est devenue celle-ci : une culture scolaire fondée sur la bienveillance, prônant les interventions éducatives faites avec calme, exigence, fermeté, par des adultes qui encouragent les élèves et les soutiennent dans leurs apprentissages sociaux.**

L'école, second milieu de vie

C'est surtout en contexte de prévention de la violence à l'école que le concept de climat scolaire a été étudié, souvent associé à la réussite académique, à la victimisation par les pairs de même qu'au décrochage [5]. Il est admis aujourd'hui que les comportements des enfants sont influencés par plusieurs facteurs – personnels, familiaux, sociaux et scolaires... –, qu'ils répondent à certains besoins – comme la reconnaissance, l'appartenance – et qu'ils se développent, se maintiennent ou se transforment selon l'ascendance qu'exercent sur eux leurs différents milieux de vie, notamment le milieu scolaire. Puisque l'école constitue le deuxième milieu de vie des jeunes, après la famille, il s'avère important de mieux comprendre comment il peut contribuer à la réussite éducative globale des jeunes. Les actions visant à développer un climat scolaire positif sont aujourd'hui considérées bénéfiques non seulement pour le bien-être des élèves, mais aussi pour celui du personnel éducatif. Le climat scolaire est devenu une cible universelle de travail pour les établissements d'enseignement qui considèrent que le bien-être du personnel scolaire peut influencer leurs pratiques éducatives [6].

Climat scolaire, bien-être et réussite éducative

Le climat scolaire se définit globalement par l'atmosphère générale qui règne dans un établissement d'enseignement. S'agissant d'une perception individuelle et/ou collective de l'environnement scolaire, le climat

scolaire est principalement mesuré auprès des élèves selon quatre composantes :

- le sentiment de justice (ex. : *Tout le monde est traité de la même manière.*) ;
- le sentiment de sécurité (ex. : *Je me sens en sécurité, les adultes interviennent pour aider les élèves.*) ;
- le sentiment d'appartenance/d'attachement à l'école (ex. : *J'aime venir à mon école, les élèves participent aux décisions.*) ;
- la qualité des relations interpersonnelles et du soutien perçu (ex. : *J'ai des amis à l'école, je connais une personne de confiance à qui je peux parler à l'école.*).

Les enfants et les adolescents heureux sont plus résilients

Un climat scolaire favorisant un bon climat relationnel est l'un des principaux facteurs d'influence du bien-être à l'école, un concept en émergence dans plusieurs pays occidentaux. Des études effectuées dans le domaine de la psychologie positive rapportent que les enfants et les adolescents heureux apprennent mieux à l'école. Ils se distinguent aussi par leurs meilleures aptitudes à s'adapter aux situations nouvelles, à être plus résilients face au harcèlement de leurs pairs, plus sociables, plus attentifs aux autres, plus créatifs, plus concentrés, moins souvent malades et moins absents à l'école [7]. Le bien-être des élèves prend aussi appui sur leurs capacités socio-émotionnelles (ex. : reconnaissance et expression adéquate des émotions, compétences relationnelles, conscience sociale et prise de décision responsable) [6].

La ligne de conduite fortement recommandée dans les écoles québécoises est devenue la suivante : une culture scolaire fondée sur la bienveillance, prônant les interventions éducatives faites avec calme, exigence, fermeté, par des adultes qui encouragent les élèves et les soutiennent dans leurs apprentissages sociaux. Cette posture d'éducation positive, incarnée par les dirigeants des établissements et le personnel scolaire, contribue à la promotion du bien-être agissant en prévention de la violence à l'école. Cette attitude de l'adulte de l'école se caractérise aussi par une autorité éducative sécurisante, qui considère les erreurs (écarts de

conduite ou erreurs d'apprentissage scolaire) comme des occasions nécessaires pour apprendre et se développer. Cette approche bienveillante incite enfants et adolescents à se reconstruire à partir de leurs erreurs sans se sentir pour autant diminués. Elle s'inscrit dans une démarche de développement de la résilience qui permet aux jeunes de devenir plus forts pour affronter de façon constructive les multiples obstacles qu'ils rencontreront dans leur vie [7].

Une approche globale et positive pour améliorer le climat scolaire

Aborder l'école selon une approche globale et positive nécessite que l'équipe scolaire se dote d'une philosophie d'intervention commune, fondée sur des valeurs partagées qui transcendent toutes les sphères

de la vie scolaire (ex. : activités académiques, récréatives, éducatives, relationnelles, etc.). Les interventions doivent donc être planifiées en considérant d'abord le bien-être de chaque élève, et également organisées de façon pyramidale afin de prévoir des interventions plus spécifiques qui seront nécessaires pour soutenir adéquatement ceux qui vivront des difficultés particulières.

L'approche globale et positive que nous préconisons [8] signifie que le personnel, les parents et la communauté ne s'attardent pas uniquement aux problèmes lorsqu'ils surviennent, mais qu'ils organisent la vie scolaire dans un but premier : celui d'offrir un milieu de vie stimulant et soutenant à tous ceux qui s'y trouvent. Un climat d'établissement positif améliore la qualité de la vie scolaire, favorise l'acceptation des différences et, plus,

Tableau 1. Principes d'action soutenus par la recherche pour la mise en place et le maintien d'un climat scolaire positif [8]

9 Principes	9 Clés d'action
1. Le bien-être général de chaque élève comme cible première	Identifier besoins, forces et intérêts des élèves, varier les activités, encourager comportements positifs et efforts.
2. L'engagement de la direction de l'établissement	Promouvoir les valeurs de l'école, consulter, mobiliser le personnel, être présent aux moments stratégiques, encourager, planifier et organiser des moments d'échanges.
3. Une culture de bienveillance, de collaboration et soutien	Encourager élèves et adultes à s'entraider (ex. : mentorat du nouveau personnel, entraide par les pairs, conseil étudiant), créer des lieux de parole.
4. Un curriculum intégrant apprentissages scolaires et sociaux	Enseigner les habiletés socio-émotionnelles aux élèves, en les intégrant dans les leçons des matières scolaires pour en favoriser leur pratique quotidienne.
5. Des politiques et des procédures claires, connues et appliquées	Faire connaître les politiques et les procédures, veiller à leur application par l'ensemble du personnel et des partenaires.
6. Une gestion positive des comportements	Grader les interventions selon la maturité de l'élève, la gravité du comportement ; proposer des comportements de remplacement ; se rappeler que les approches répressives* n'enseignent pas aux élèves les comportements sociaux souhaités.
7. La formation du personnel	Choisir des formations selon les objectifs et les valeurs de l'établissement (ex. : apprentissage coopératif, communautés de pratique), répondant aux besoins du personnel en étant axées sur le bien-être des élèves.
8. La rapidité à identifier et à répondre aux problèmes	Fournir du soutien aux élèves, gérer les incidents dès qu'ils se produisent, prévoir une procédure d'intervention en situation de crise pour soutenir élèves et enseignants.
9. Un partenariat école-famille-communauté	Travailler étroitement avec les parents et la communauté, communiquer régulièrement afin que les apprentissages socio-émotionnels acquis dépassent les limites de l'école.

*: Implantation de programmes d'intervention sans mobilisation du personnel, punitions, suspensions, expulsions, interventions ponctuelles sans suivi (ex. : campagne de sensibilisation, conférences isolées, témoignages), vidéosurveillance, approche de la tolérance zéro [9].

valorise ces différences en exploitant les forces de chacun. Dans ces écoles, les comportements problématiques sont souvent évités par des opportunités d'apprentissages multiples et stimulantes offertes aux jeunes. En visant le développement optimal de chacun, il devient possible d'agir en amont des problèmes, les pratiques éducatives agissant en véritables facteurs de protection face à certaines difficultés susceptibles d'être rencontrées par les élèves (ex. : victimisation par les pairs, états dépressifs, faible motivation scolaire, absentéisme, échecs, décrochage, etc.).

Le tableau 1 (page 27) présente une liste de neuf principes et clés d'action qui s'inscrivent dans une approche globale et positive visant la qualité du climat scolaire.

Le climat scolaire, facteur de protection

En somme, évoluer dans une école où règne un climat scolaire positif peut constituer un facteur de protection important pour les jeunes qui viennent de milieux plus difficiles, qui n'ont pas eu la chance de se

développer dans un environnement leur procurant la sécurité de base nécessaire à leur développement psychologique, social et scolaire. Développer un sentiment d'attachement et d'appartenance à son milieu scolaire, percevoir que la justice existe, s'y sentir en sécurité et y vivre des relations interpersonnelles de qualité avec ses amis en se sentant soutenu par des adultes signifiants et bienveillants... Autant d'éléments qui peuvent aider ces jeunes à devenir de futurs citoyens responsables, capables de veiller à leur propre bien-être et de contribuer au projet collectif de la société en adultes responsables, et prônant des valeurs démocratiques et de bienveillance envers autrui.

Enseigner aux jeunes de saines habitudes de vie relationnelles : un cadeau pour la vie

Pour favoriser la santé des jeunes, les milieux scolaires sont déjà sensibilisés à leur enseigner de saines habitudes de vie, définies principalement par la pratique d'activités physiques, une alimentation saine, le non-usage du tabac, de drogues

ou une consommation responsable d'alcool [10]. Si la santé se définit par « un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [11], alors pourquoi ne pas inclure dans cette liste l'enseignement de saines habitudes de vie relationnelles à l'école pour viser une bonne santé globale ? Au Québec comme dans d'autres pays, la mission poursuivie par l'école inclut très souvent un volet de socialisation jumelé à celui de l'instruction. Cependant, dans les faits, comment le personnel éducatif s'acquitte-t-il concrètement de cette mission de socialisation ? Inclure l'enseignement de saines habitudes de vie relationnelles dans le curriculum scolaire au même titre que les autres habitudes de vie pourrait sans doute contribuer à l'amélioration des climats scolaires offrant aux jeunes un bagage éducatif qui leur sera utile toute leur vie [12]. ■

1. La santé étant définie par l'OMS comme « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Demba J.-J., Laferrière T. *Réussite scolaire ou réussite éducative : faut-il revisiter ces concepts ?* [Colloque], Montréal, Périoscope, 84^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir (Acfas), 9-13 mai 2016, université du Québec à Montréal (Montréal, Québec).

[2] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale*. Paris : OCDE, 2011 : 248 p.

[3] Blaya C. *Violences et maltraitances en milieu scolaire*. Paris : Armand Colin, coll. 128, 2006 : 122 p.

[4] Desbiens N., Bowen F. *Difficultés cognitives, comportementales et sociales de l'enfant violent*. Marseille : Éditions SOLAR, coll. Psychologie du développement, 2011 : 350 p.

[5] Poulin R., Beaumont C., Blaya C., Frenette E. Le climat scolaire : un point central pour expliquer la victimisation et la réussite scolaire, *Revue canadienne de l'éducation*, 2015, vol. 38, n° 1 : p. 1-23. *Review of Educational Research*, vol. 83, n° 3 : p. 357-385.

[6] Schonert-Reichl K. A., Kitiil M. J., Hanson-Petersen J. *To reach the students, teach the teachers: A*

national scan of teacher preparation and social and emotional learning. [rapport] Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). Vancouver, B.C. : University of British Columbia, 2017 : 70 p. En ligne : <http://www.casel.org/wp-content/uploads/2017/02/SEL-TEd-Full-Report-for-CASEL-2017-02-14-R1.pdf>

[7] Boniwell I. L'éducation positive : apporter le bien-être aux enfants et aux jeunes. In : Martin-Krumm C. et Tarquino C. (dir.) *Traité de psychologie positive*. Bruxelles : De Boeck, 2011 : p. 539-556.

[8] Beaumont C. (dir.) *Revoir notre approche en prévention de la violence et de l'intimidation : des interventions soutenues par la recherche*. Mémoire présenté au ministère de la Famille, dans le cadre des consultations menant au plan de lutte national sur l'intimidation, 2014 : 46 p. En ligne : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/2014-12-08-Memoire.pdf>

[9] Skiba R. J., Rausch M. K. Zero tolerance, suspension, and expulsion: Questions of equity and effectiveness. In : Evenson C. M., Weinstein C. S. (dir.) *Handbook of Classroom Management: Research,*

Practice, and Contemporary Issue. Mahwah, NJ : Erlbaum, 2006 : p. 1063-1089.

[10] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids – 2006-2012*. Gouvernement du Québec, Québec, 2006 : 50 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-08W.pdf>

[11] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 2, Genève : OMS, 7 avril 1948 : p. 100. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88278/Official_record2_fre.pdf;jsessionid=DF600218E7E4614ED3AE9102DE07AC31?sequence=1

[12] Beaumont C. (dir.) *Ensemble... pour des saines habitudes de vie relationnelles à l'école*. [Actes de colloque], Québec, 3^e Journée annuelle d'étude de la Chaire de recherche sur la sécurité et la violence en milieu éducatif, 22 novembre 2016, université Laval, Québec, 2016 : 16 p. En ligne : www.violence-ecole.ulaval.ca

Au lycée de Guebwiller : « Soutenir les élèves dans le développement de leurs compétences psychosociales »

Entretien avec
Christophe Studeny,
proviseur du lycée Théodore-Deck
à Guebwiller (Haut-Rhin),
Stéphanie Seebert,
professeur de mathématiques
et coordonnatrice du projet,
Stéphane De Poli,
infirmier scolaire.

La Santé en action : Pourquoi avoir mis en place ce projet de développement des compétences psychosociales au service des apprentissages : « Mieux se connaître pour mieux apprendre » ?

Christophe Studeny, Stéphanie Seebert et Stéphane De Poli : Notre objectif est de soutenir les élèves dans le développement de leurs compétences psychosociales. Nous sommes dans un lycée polyvalent de 1 050 élèves, avec trois classes de BTS et le seul internat de la réussite pour tous¹ dédié de l'académie. Au départ, en 2012, il y a la volonté du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté inter-réseau du territoire de Guebwiller d'engager une démarche de santé publique autour de la prévention des conduites à risques sous l'impulsion des infirmiers scolaires. D'autre part, dans le cadre de la réforme du lycée, des professeurs ont commencé à travailler l'accompagnement personnalisé des élèves de façon différente, avec l'idée de développer des compétences en complément des savoirs. Ce sont les premiers pas d'une approche qui met les jeunes au centre, et d'une coopération entre infirmier, professeurs, conseiller principal d'éducation (CPE)

et autres personnels, dont une vingtaine ont suivi une formation « Prévenir les conduites addictives par le développement des compétences psychosociales », dispensée par l'Association de formation et prévention des risques addictifs (Afpra) Oppelia, financée par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt²).

C'est à partir de là qu'est née l'idée de consacrer une heure à un atelier de développement des compétences psychosociales, dans le cadre institutionnel des deux heures hebdomadaires d'accompagnement personnalisé. Le projet a été expérimenté dans deux classes de seconde en 2015-2016. En 2016-2017, nous avons mené des actions de sensibilisation auprès des collègues intéressés. En 2017-2018, la démarche a été généralisée aux huit classes de seconde, soit 240 élèves concernés.

S. A. : Dans quel objectif avez-vous destiné cette action aux élèves de seconde ?

C. S., S. S. et S. D. P. : La première année de lycée est capitale. Nous avons fait plusieurs constats : il y a des classes très hétérogènes, avec des élèves qui sont passés dans ce niveau sans avis favorable, qui sont parfois en difficulté par rapport aux savoirs, qui sont réfractaires quand on cherche à les mobiliser. Le travail en groupe sur les compétences psychosociales a pour but de changer le regard du jeune sur son parcours et sur son ambition, de restaurer la confiance en soi en montrant qu'il est possible de progresser en faisant des

efforts, de l'amener à être responsable de ses choix et de ses apprentissages, et de développer la coopération et l'entraide pour la réussite de chacun. Ces ateliers permettent de rendre opérationnels certains objectifs du ministère de l'Éducation nationale, notamment le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, le parcours citoyen, le parcours éducatif de santé, etc. C'est un outil pour lutter contre les déterminismes sociaux.

S. A. : Que leur propose-t-on concrètement dans ces ateliers ?

C. S., S. S. et S. D. P. : Ceux-ci sont organisés selon un planning annuel, chaque trimestre abordant trois grands thèmes du socle : se connaître soi-même, apprendre à apprendre, appréhender les langages pour penser et communiquer. Les classes sont dédoublées, grâce aux professeurs documentalistes et aux infirmiers, afin de travailler en petits groupes. Parfois, ces séances sont coanimées en équipe pluricatégorielle ; ainsi, une séance sur la thématique du harcèlement scolaire se tiendra avec la CPE ou sur le handicap, avec l'infirmier. Nous utilisons par exemple le questionnaire FilGood, un outil numérique d'auto-évaluation de l'état de bien-être des élèves, proposé par la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN). Nous avons trois types d'activité pendant ce temps : un atelier de groupe pour faire l'expérience de la collaboration et de la participation ; des débats à partir d'extraits de livres de chercheurs ou de sociologues pour nourrir la réflexion, notamment autour des intelligences

multiples ; une phase d'évaluation pour voir ce que les élèves ont appris, compris, retenu. Chacune des activités est en lien avec des actions d'éducation à la santé (atelier de gestion du stress et des émotions, séance de Qi Gong, approche du handicap par le photolangage...), des actions culturelles (théâtre d'improvisation, venue d'un art-thérapeute et d'un percussionniste...) et des actions de solidarité (collecte pour les Bébé du cœur...).

S. A. : *Quel lien faites-vous entre promotion de la santé et qualité des apprentissages ?*

C. S., S. S. et S. D. P. : Renforcer les dix compétences psychosociales permet d'offrir à l'élève un parcours fondé sur le socle commun et surtout d'accompagner l'adolescent dans sa globalité afin de lui donner les moyens de s'épanouir pleinement dans notre société apprenante en s'adaptant tout au long de sa vie à un environnement en constante évolution.

S. A. : *Quel bilan tirez-vous aujourd'hui de ce projet ?*

C. S., S. S. et S. D. P. : Nous ne disposons pas encore d'évaluation scientifique, sa mise en œuvre étant complexe (nous sommes en attente d'un partenariat avec l'observatoire régional de la santé – ORS d'Alsace).

En revanche, nous avons un partenariat avec la recherche : le lycée Théodore-Deck est lieu d'éducation associé (LÉA) avec l'Institut français de l'éducation. Le travail engagé nous permet d'analyser notre pratique pour mieux comprendre le développement professionnel en jeu et l'effet d'une mise en réseau.

Nous observons quelques éléments positifs : le taux d'absentéisme est en légère baisse, ainsi que le nombre de

passages à l'infirmerie ; il y a plus de dynamisme dans les classes et davantage d'interactions entre les élèves, moins de bavardages et d'incidents, et moins de stress durant les devoirs également. Si les élèves (re)trouvent le plaisir d'apprendre, les enseignants (re) découvrent eux aussi le plaisir d'enseigner, avec le sentiment de le faire avec plus d'efficacité. Certains jeunes, qui ont de bonnes performances à l'écrit mais sont timides à l'oral, s'affirment beaucoup plus.

S. A. : *Qu'en disent les élèves et leurs parents ?*

C. S., S. S. et S. D. P. : Au départ, les élèves ricanent parce qu'ils ne voyaient pas ce que nous voulions faire ; c'est l'écueil de la première expérience. Aujourd'hui, leur ressenti est positif, tout comme celui des parents. Nous présentons à ces derniers, lors d'une réunion d'information, la démarche, ses objectifs, son fonctionnement, les effets obtenus, grâce à une petite vidéo avec des témoignages d'élèves ; ils sont alors rassurés. Ensuite, eux-mêmes constatent des changements positifs, par exemple dans les échanges qu'ils ont pendant les repas avec leur enfant qui se montre plus curieux et plus confiant.

S. A. : *Qu'est-ce qui a facilité la mise en œuvre de votre projet ou en a freiné l'avancement ?*

C. S., S. S. et S. D. P. : Plusieurs facteurs ont été moteurs du projet : les textes vont dans le sens de l'intégration des compétences psychosociales dans le cursus scolaire ; le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire avec des objectifs communs a été stimulant ; en termes de pédagogie, les techniques d'animation et l'aspect « horizontal » de la relation aux élèves pendant les ateliers sont motivants. Et le soutien du chef d'établissement est un élément indispensable pour avancer. Plusieurs freins subsistent néanmoins : certains enseignants se montrent réticents à cette approche psychosociale – plus axée sur la santé qu'éducative à leurs yeux – que quelques-uns pensent laxiste. D'autre part, la démarche s'est mise en place sur la base du volontariat, en l'absence de moyens spécifiques pour le travail

supplémentaire accompli. Le soutien institutionnel reste indispensable pour que l'action puisse être pérenne. Pour que les ateliers fonctionnent, il est nécessaire de les faire en petits groupes, ce qui pose la question du dédoublement des classes et, donc, de la rémunération des encadrants.

S. A. : *Quel sont vos objectifs pour l'avenir ?*

C. S., S. S. et S. D. P. : L'objectif premier est de développer l'approche pédagogique par les compétences psychosociales au niveau des neuf établissements (collèges et lycées) regroupés au sein du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc). Nous animons des réunions d'information auprès des personnels, nous faisons du partage d'expérience avec les collègues, nous alimentons une plateforme de formation : l'idée est de mettre en réseau les équipes pour qu'elles s'approprient nos ressources et les adaptent à leur propre contexte ; et qu'ensuite le réseau devienne une ressource pour chaque équipe des établissements du réseau et également pour les établissements qui souhaiteraient élaborer des projets sur la thématique : persévérance scolaire, motivation scolaire, bien-être à l'école. Cette coopération se fait dans un intérêt collectif afin de créer un fil conducteur entre collège et lycée. Nous avons également la volonté d'étendre cette approche aux écoles primaires du secteur, grâce à un projet innovant : « Territoire apprenant », soutenu par la Cellule académique recherche et développement pour l'innovation et l'expérimentation (Cardie). Il y aurait ainsi une cohérence de l'action sur tout le parcours scolaire. Elle est nécessaire pour obtenir des résultats sur l'une de nos priorités, la lutte contre le déterminisme social. ■

Pour en savoir plus

● En ligne : http://www.lyceedeck.fr/index.php?id_menu=40

1. La politique de l'internat de la réussite pour tous, initiée en 2000 vise à accueillir tout élève qui en a besoin, quels que soient ses résultats scolaires. Source : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=101723
2. Devenue la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) en 2014.

L'ESSENTIEL

► Le lycée polyvalent de Guebwiller (Haut-Rhin) a généralisé depuis plusieurs années les ateliers de développement des compétences psychosociales. Les enseignants font réfléchir les élèves en groupes pour : changer leur regard sur leur parcours, restaurer leur confiance en soi en montrant qu'il est possible de progresser, les accompagner pour qu'ils soient responsables de leurs choix, etc.

► En dépit des nombreux obstacles – méfiance, voire opposition, faiblesse des moyens –, ces ateliers s'avèrent être un outil efficace pour lutter contre les déterminismes sociaux, réhabiliter la persévérance scolaire, la motivation, le bien-être à l'école.

« La posture de bienveillance et de fermeté permet d'améliorer le climat scolaire »

Entretien avec

Anne-Sophie Pourchez,

infirmière conseillère technique auprès du directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN) de la Somme, académie d'Amiens.

La Santé en action : Comment avez-vous eu connaissance du développement des compétences psychosociales, axé sur la psychologie positive¹ ?

Anne-Sophie Pourchez : J'avais pour objectif de développer la promotion de la santé au sein des établissements scolaires, et notamment en développant les compétences psychosociales des élèves. J'étais à la recherche d'outils et de méthodes qui puissent répondre aux attentes des chefs d'établissement et des enseignants et qui leur permettent de mettre en œuvre un programme à destination des élèves. J'ai d'abord remarqué les ouvrages de la psychothérapeute Isabelle Filliozat et ses concepts de parentalité positive et d'éducation bienveillante. Puis, j'ai découvert le site de l'Association discipline positive France². Cette approche m'a beaucoup intéressée, qui combine bienveillance et fermeté pour développer l'estime de soi et l'épanouissement de l'individu. Je la trouvais pertinente pour renouveler les pratiques des équipes éducatives et la façon de travailler avec les élèves. C'est pourquoi en 2016, avec le conseil régional des Hauts-de-France, nous avons répondu à un appel à projets piloté par l'Agence nationale du renouvellement urbain (Anru) dans le cadre du Programme des investissements d'avenir Jeunesse³ pour déployer la discipline positive¹ sur le terrain.

S. A. : Quelles actions ont été mises en œuvre ?

A.-S. P. : Le projet a démarré en juillet 2016, par la formation de deux groupes constitués de huit chefs d'établissements du public et du privé. La formation vise à outiller les enseignants – et autres personnels – pour redonner à l'élève de l'envie et la capacité d'agir, notamment grâce à l'encouragement. Nous avons fait le choix de cibler les chefs d'établissement dans un premier temps, afin qu'ils mettent à profit la démarche dans le cadre de leur fonction et qu'ils la proposent ensuite aux enseignants et aussi aux personnels de vie scolaire pour adopter une posture relationnelle différente avec les élèves, posture combinant bienveillance et fermeté. Aujourd'hui, un peu plus de 500 professionnels des équipes des établissements scolaires ont été formés par une formatrice certifiée en discipline positive, Nadine Gaudin, grâce au financement du Programme des investissements d'avenir pour l'expérimentation, des crédits du comité départemental d'Éducation à la santé et à la Citoyenneté (Cdesc) et des fonds propres des établissements. Une trentaine d'entre eux, encadrants, après avoir été formés, forment leurs personnels.

Les formations consistent à décrypter le comportement des adolescents grâce à des mises en situation, et les participants travaillent sur une multitude de facettes et d'outils de l'encouragement. Elles rassemblent une trentaine de personnes, avec au moins quatre personnes d'un même établissement afin de créer une culture commune et de donner un impact à cette démarche. Ainsi, les

L'ESSENTIEL

► 500 enseignants, encadrants et autres professionnels de 31 collèges dans la Somme ont été formés à la bienveillance et la fermeté.

► Un premier bilan met en avant le fait que les principes de respect mutuel et d'encouragement renforcent les liens entre les membres de la communauté éducative ; la démarche améliore le climat scolaire dans les classes et au sein de l'établissement, ainsi que les relations écoles-familles quand les parents sont partie prenante.

professeurs formés peuvent en faire une présentation auprès de leurs collègues et transmettre quelques éléments qui permettront, à ceux qui sont volontaires, de mettre en place quelques activités en classe. Les heures de vie de classe peuvent servir à cette mise en œuvre. La démarche est bien de réfléchir sur le climat de classe et comment l'améliorer : quelles lignes de conduite se donner, comment favoriser l'entraide et la coopération, comment trouver une solution lorsqu'une difficulté surgit, etc.

S. A. : Comment les parents sont-ils associés à cette démarche ?

A.-S. P. : Dans le cadre d'un appel à projet pour les collèges : « collègues et familles, des liens à renforcer », le conseil départemental a financé des ateliers parentalité sur la discipline positive, à l'issue de conférences organisées dans chaque établissement. Trois ateliers de quatre

heures à destination des parents se sont déroulés le samedi matin. Des conférences ont aussi été organisées, des *flyers* distribués. Il s'agit bien de travailler avec les parents au sein de l'établissement en co-éducation. En les impliquant, on parvient à mettre en place une approche vraiment globale en cohérence avec à la fois :

- des chefs d'établissement qui conduisent leur politique en instaurant un dialogue différent avec leurs interlocuteurs (équipes pédagogiques, élèves, parents) ;
- des enseignants qui agissent différemment dans leur classe ; les élèves en classe sont donc encouragés et valorisés ;
- des élèves qui reçoivent à la maison un soutien bienveillant de la part de parents formés – ou en tout cas sensibilisés – à la discipline positive.

Les actions des uns et des autres se renforcent mutuellement. Et le mouvement s'étend ; neuf collèges vont à court terme mettre en place des ateliers pour les parents.

S. A. : *Quels changements concrets observez-vous suite à la mise en œuvre de cette approche de bienveillance ?*

A.-S. P. : Chaque établissement engagé dans la démarche dispose de son comité de pilotage et nous avons aussi un comité de pilotage départemental rassemblant les chefs d'établissement, les enseignants référents et moi-même. Nous discutons par visioconférence des actions mises en place, des outils utilisés, ainsi que

des effets observés, qu'il s'agisse des indicateurs sur le nombre de conseils de discipline ou sur les exclusions de classe, ou des évolutions qualitatives dans le contenu des annotations sur les bulletins trimestriels.

Nombre d'enseignants impliqués acceptent avec énergie de faire évoluer leur posture pédagogique pour se placer dans une dynamique d'encouragement de l'élève. Certains d'entre eux, qui étaient peu ouverts à la démarche, renoncent à des jugements au ton

ironique, peu encourageants vis-à-vis de leurs élèves, comme : « Cet élève a des compétences : manger, boire et surtout dormir. »

Ainsi, globalement, nous constatons depuis le démarrage du projet, en 2016, que les principes de respect mutuel et d'encouragement renforcent les liens entre les membres de la communauté éducative. La posture de bienveillance et de fermeté permet d'améliorer le climat scolaire dans les classes et au sein de l'établissement, ainsi que les relations écoles-familles quand les parents sont partie prenante. Ce comité départemental permet aussi d'échanger des idées, de partager les freins auxquels sont confrontés les uns ou les autres et d'identifier des leviers sur lesquels on peut s'appuyer pour avancer.

S. A. : *Comment surmontez-vous les difficultés rencontrées ?*

A.-S. P. : À ce jour, l'action ne concerne que les collèges ; nous avons souhaité inclure un lycée, mais pour l'instant nous n'y sommes pas parvenus. Il s'agit d'un lycée à effectifs importants, ce qui représente un obstacle. Suite à la formation des inspecteurs de l'Éducation nationale et des conseillers pédagogiques, nous souhaitons aussi que la démarche soit diffusée auprès des enseignants du premier degré. Nous nous sommes alors heurtés à un autre problème : les professeurs des écoles ne parvenaient pas à dégager deux jours de formation, faute de remplaçants disponibles.

Il n'est pas toujours facile de surmonter les préjugés qui assimilent la bienveillance au laxisme. Ce n'est qu'en observant les résultats obtenus par leurs collègues formés à la discipline positive dans leur classe que certains changent d'avis. Certains enseignants ne souhaitent pas suivre de formation, mais trouvant la méthode intéressante, ils demandent à des professeurs formés d'intervenir pendant l'heure de vie de classe⁴ à leur place.

S. A. : *Qu'en pensent les personnels de l'Éducation nationale et les élèves ?*

A.-S. P. : Les évaluations menées auprès des enseignants montrent que la discipline positive n'est pas

appréhendée comme une formule magique, mais bien comme une démarche rationnelle : l'enseignant accompagne l'élève pour qu'il se recentre sur les apprentissages et utilise ses compétences – sous forme de stratégies efficaces – face aux attentes de l'école. Globalement, les chefs d'établissement constatent une amélioration des relations dans les entretiens qu'ils mènent tant auprès des élèves que de l'équipe éducative ou des parents. Les élèves ressentent très positivement l'intérêt qu'on leur porte et les encouragements qui leur sont prodigués. Cette bienveillance les place en situation beaucoup plus favorable, en capacité d'agir et de travailler davantage en autonomie. Ils adhèrent à la démarche, parce qu'ils y sont associés. Ils veillent par exemple à faire respecter les règles de conduite – la fermeté – au sein des classes, parce qu'ils ont eux-mêmes été associés à la définition de ces règles. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Si la psychologie positive est l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions, la discipline positive a, elle, été inventée par Jane Nelsen et Lynn Lott. Le concept a été introduit en France par la psychologue Béatrice Sabaté. La discipline positive a pour vocation d'enseigner les compétences psychosociales. C'est une démarche proposée aux parents, enseignants et éducateurs qui n'est ni permissive ni punitive et qui permet de développer chez l'enfant l'autodiscipline, le sens des responsabilités, les compétences sociales, le respect dans un cadre à la fois ferme et bienveillant (Source: Bruno Robbes, maître de conférences en sciences de l'éducation, université de Cergy-Pontoise, Laboratoire École, mutations, apprentissages – EMA).

2. En ligne : www.disciplinepositive.fr; Connectivite.com

3. Appel à projets du Programme des investissements d'avenir (PIA) « Projets innovants en faveur de la jeunesse ». En ligne : <http://www.jeunes.gouv.fr/actualites/actualites-interministerielles/article/projets-innovants-en-faveur-de-la>

4. L'heure de vie de classe est inscrite à l'emploi du temps des élèves de la sixième à la troisième. Au total, dix heures de vie de classe sont réparties sur toute l'année scolaire. Ces heures permettent un dialogue régulier entre les élèves de la classe, ainsi qu'entre les élèves et les enseignants ou d'autres membres de l'établissement. Globalement, elles ont pour objectifs d'améliorer la communication dans le collège, de favoriser la réussite des élèves et de lutter contre les toutes formes d'incivilité et de violence. (Source: Onisep.)

« IL N'EST PAS FACILE DE SURMONTER LES PRÉJUGÉS QUI ASSIMILENT LA BIENVEILLANCE AU LAXISME. »

Favoriser le bien-être à l'école pour soutenir la motivation des élèves

Julien Masson,

École supérieure du professorat et de l'éducation (Espé), université Claude-Bernard – Lyon 1, laboratoire *Health Services and Performance Research (Hesper)*,

Fabien Fenouillet,

université Paris-Nanterre, laboratoire *Cognitions humaine et artificielle (Chart)*.

Lorsque l'on parle de climat scolaire, il est impossible de dissocier ce concept de la notion de bien-être [1]. Concernant le bien-être à l'école, le Programme international pour le suivi des acquis des élèves (Pisa) consacre un volume complet au bien-être des élèves [2]. Les travaux scientifiques [3] soulignent la nécessité de développer les compétences cognitives, expressives et sociales des élèves, et également de favoriser leur bien-être ; ils reconnaissent là un enjeu fondamental pour les acteurs du monde éducatif. Bien que la vocation initiale de l'école soit la transmission du savoir, la notion de bien-être y a été intégrée en 1989, à la suite de la Convention internationale des Nations unies relative aux droits de l'enfant : l'école « doit viser à favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons ». En complément, l'enquête internationale *Health Behavior in School-Aged Children (HBSC)* – qui analyse de multiples dimensions de la santé chez les élèves âgés de 11, 13 et 15 ans dans 41 pays – souligne que de faibles scores de bien-être



© Jean-Benoît/Picure-Tan/MEN

chez ces enfants auront un impact direct sur leur santé. Cette enquête fait d'ailleurs du bien-être une question prioritaire de santé publique [4].

Le concept de bien-être

Le concept de bien-être est, selon Diener [5], composé des affects positifs ou négatifs que l'individu ressent en fonction de la situation vécue, et également d'une composante « satisfaction de vie » qui serait une appréciation de sa propre vie. Cette conception du bien-être subjectif repose donc sur « l'appréciation que la personne fait subjectivement de son bien-être [6] ». Pour Diener, « chaque individu fait également une évaluation plus large de sa vie dans son ensemble, ainsi que sur différents domaines de vie comme le mariage et le travail. Ainsi, il existe un certain nombre de composantes séparables du bien-être subjectif : la satisfaction de vie (jugements

globaux sur sa vie), la satisfaction à l'égard de domaines importants (par exemple la satisfaction au travail), les affects positifs (éprouver de nombreuses émotions agréables et peu d'émotions désagréables) » et également, bien sûr, les affects négatifs. À l'école, le bien-être subjectif des élèves repose donc sur l'auto-évaluation qu'ils font de leur satisfaction

L'ESSENTIEL

► Les recherches démontrent le cercle vertueux que représente la combinaison entre d'une part un climat scolaire favorable et d'autre part le bien-être ainsi que la motivation des élèves qui en résulte. Une recherche menée dans neuf écoles primaires des départements de la Loire et du Rhône corrobore ces résultats.



© Magali Delaporte/Picture Alliance/AMEN

concernant les différents domaines qu'ils considèrent importants. L'élève analyse donc chaque contexte dans lequel il évolue et attribue à chacun un niveau de satisfaction. C'est sur cette conception que repose d'ailleurs l'échelle multidimensionnelle de satisfaction de vie chez l'élève [7], qui regroupe cinq domaines de bien-être (ou de satisfaction de vie) :

- le bien-être en famille ;
- le bien-être à l'école ;
- le bien-être avec les amis ;
- le bien-être dans son habitat ;
- le bien-être par rapport à soi-même.

Pour ce qui concerne la motivation, les définitions sont multiples – plus d'une centaine, selon Fenouillet, 2015 – mais une des théories semble être particulièrement pertinente lorsque l'on se situe dans le milieu scolaire et que l'on évoque en plus le bien-être : le sentiment d'efficacité personnelle. Le psychologue et professeur canadien Albert Bandura, spécialiste de la théorie sociale

cognitive et l'auto-efficacité, le définit comme « la croyance en sa propre capacité à organiser et exécuter une série d'actions nécessaires pour parvenir à la situation visée [7 ; p. 3] ». Ce chercheur conclut que le comportement d'une personne peut le plus souvent être mieux prédit par la croyance (dans le sens « confiance ») qu'il possède en ses compétences, plutôt que par ce qu'il est intrinsèquement capable d'accomplir.

Une théorie de la motivation : le sentiment d'efficacité personnelle (SEP)

Dans le domaine scolaire, de nombreuses recherches [9] ont montré que le jugement que les élèves possèdent de leur efficacité personnelle affecte directement les choix qu'ils effectuent tout au long de leur scolarité, les efforts qu'ils déploient pour effectuer les différentes tâches qui leur sont proposées et la persévérance dont ils font preuve.

Or, Bandura nous indique que ce sentiment d'efficacité personnelle n'apparaît pas *ex-nihilo*, mais qu'il serait le fruit d'une construction, facilitée (ou empêchée) par quatre sources principales :

- les apprentissages énatifs (le fait d'être en réussite sur la tâche que l'on accomplit). Comme le rappelle Bandura, « les expériences actives de maîtrise constituent la source la plus influente d'information sur l'efficacité parce que ce sont elles qui démontrent le plus clairement que la personne peut rassembler ce qui est nécessaire pour réussir [10 ; p. 125] ». Alors que les succès renforcent le sentiment d'efficacité, ce dernier est mis à mal en cas d'échecs ;

- les expériences vicariantes (par observation des autres). Les individus ne se fondent pas seulement sur leurs propres expériences pour obtenir des informations sur ce qu'ils sont capables de faire. Ils vont s'appuyer sur la comparaison sociale pour savoir où leur niveau de compétence se situe. Dans une classe cela fonctionne à peu près de la même façon : « les réalisations des autres personnes similaires à soi sont considérées [...] comme des diagnostics de ses propres capacités. Ainsi, voir ou imaginer des individus similaires à soi agir avec succès augmente ses propres croyances d'efficacité à réaliser les mêmes activités. Ils se persuadent que si les autres y arrivent, ils peuvent eux aussi élever leur performance [10] » ;

- la persuasion verbale. Il s'agit ici de l'effet que peuvent constituer sur le comportement de l'individu les encouragements, qui permettent de renforcer les croyances de l'individu en ses capacités à obtenir ce qu'il souhaite ;

- l'état physiologique de l'individu, qui peut, lui aussi, amener le sentiment d'efficacité personnelle à changer selon que l'individu se sent stressé ou anxieux ou au contraire dans un état de bien-être, apaisé.

Motivation (= sentiment d'efficacité personnelle) et bien-être : une association vertueuse ?

Il paraît donc clair, au travers des sources de cette motivation qu'est le sentiment d'efficacité personnelle (être en réussite, voir les autres

réussir, être encouragé, se sentir bien), que la motivation semble bien liée au bien-être des élèves.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons mené une étude auprès de près de 300 élèves de classes de CM1-CM2, issus des 9 écoles primaires des départements de la Loire et du Rhône.

Nous avons mesuré leur bien-être selon les cinq dimensions évoquées précédemment (soi, pairs, famille, école, habitat) à l'aide de l'échelle de bien-être scolaire [8], ainsi que leur motivation sous la forme de leur sentiment d'efficacité personnelle dans certains domaines, le français, les mathématiques et le domaine scolaire en général grâce à l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle scolaire [11]. Nous présentons ici quelques résultats importants :

- il existe un lien entre le sentiment de bien-être que peuvent ressentir les élèves lorsqu'ils sont à l'école et leur motivation pour l'école en général, et aussi plus spécifiquement pour les mathématiques et pour le français ;
- dans une approche plus globale, c'est le bien-être scolaire et le bien-être par rapport à soi (dans une moindre mesure) qui a le plus

d'impact sur la motivation à l'école. Le bien-être que peuvent ressentir les élèves par rapport à leur famille, leur milieu de vie et leurs amis n'a pas d'impact sur leur sentiment d'efficacité personnelle scolaire. Dit autrement, c'est bien le fait de ressentir du bien-être lorsqu'ils sont dans leur établissement qui va accroître leur motivation et ce indépendamment de comment ils se sentent dans leur famille. Les impacts les plus importants sur la motivation sont bien ceux du bien-être à l'école ;

- enfin, par rapport au constat que le bien-être à l'école est un facteur déterminant de la motivation, c'est avec les mathématiques qu'un petit bémol peut être émis, puisque le bien-être à l'école ne semble ici ne pas avoir d'impact sur la motivation. Les maths paraissent donc avoir un statut particulier à l'école au niveau du bien-être et de la motivation.

Un lien fort entre bien-être et motivation

Cette recherche, qui est encore en cours et doit s'achever en 2019, permet tout de même de mettre en lumière le lien qui existe entre le

bien-être et la motivation. Cette dernière est appréhendée ici sous une de ses formes qui est le sentiment d'efficacité personnelle. Or le constat a été fait que plus la motivation était forte chez un individu (et en particulier chez les élèves) plus elle avait un impact sur la réussite de la tâche à accomplir.

Il semble donc bien que lorsqu'un élève ressent du bien-être à l'école, cela influe directement sur sa motivation et par conséquent sur sa réussite. Ainsi, l'objectif des enseignants et des autres professionnels des établissements de préserver, voire de renforcer le bien-être des élèves est complètement en accord avec les missions de l'école quant à la réussite des élèves.

Ces premiers résultats indiquent modestement que tout ce qui pourra être mis en place pour favoriser et soutenir le bien-être des élèves au sein des établissements – et le climat scolaire constitue évidemment un levier – ne pourra que favoriser leur motivation et, par ricochet, leur réussite. Même s'ils vivent des choses difficiles chez eux, l'école semble constituer un lieu à part, qui peut leur permettre de réussir. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ministère de l'Éducation nationale, Climat scolaire et bien-être à l'école, *Éducation et Formations*, décembre 2015, n° 88-89 : 220 p. En ligne : http://cache.media.education.gouv.fr/file/revue_88-89/73/2/depp-2015-EF-88-89_510732.pdf

[2] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Résultats PISA 2015 (Volume III) : Le bien-être des élèves*. Paris : Éditions OCDE, 2015.

[3] Florin A. Des apprentissages fondamentaux aux compétences de demain : les apports de la psychologie de l'éducation, *Bulletin de psychologie*, 2011, vol. 64, n° 511, p. 15-29. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2011-1-page-15.htm>

[4] *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Growing up unequal: gender and socio-economic differences in young people's health and well-being. *HBSC study: International Report from*

the 2013/2014 Survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents, n° 7 : Inchley J et al. (éds.), 2016 : 276 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf

[5] Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, janvier 2000, vol. 55, n° 1 : p. 34-43. En ligne : Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for...

[6] Fenouillet F., Chainon D., Yennek N., Masson J., Heutte J. Relation entre l'intérêt et le bien-être au collège et au lycée, *Enfance*, 2017, n° 1 : p. 81-103.

[7] Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman, 1997: 604 p.

[8] Fenouillet F., Heutte J., Martin-Krumm C., Boniwell I. Validation française de l'échelle multidimensionnelle Satisfaction de vie chez l'élève (*Mul-*

tidimensional Students' Life Satisfaction Scale), *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, Advance online publication, 2014.

[9] Joët G., Usher E., Bressoux P. Sources of self-efficacy: An investigation of elementary school students in France, *Journal of educational Psychology*, 2011, vol. 103, n° 3 : p. 649-663. En ligne : <https://pdfs.semanticscholar.org/6928/1b136d034f19867e43bfb060d40f1c67bcd.pdf>

[10] Bandura A. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck Université, coll. Ouvertures psychologiques, 2007, 2^e édition : 859 p.

[11] Masson J., Fenouillet F. Relation entre sentiment d'efficacité personnelle et résultats scolaires à l'école primaire : Construction et validation d'une échelle. *Enfance*, 2013, n° 4 : p. 374-392. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2013-4-p-374.htm>

« Notre objectif : ne perdre aucun élève en route »

Entretien avec

Pascal Le Moing,

proviseur du lycée professionnel
Germaine-Tillion à Thiers
(Puy de Dôme).

La Santé en action : **Quels constats vous ont amené à proposer des changements majeurs depuis votre arrivée il y a trois ans ?**

Pascal Le Moing : C'est un petit établissement de 310 élèves, de la troisième prépa-pro au bac pro, avec une classe Ulis accueillant une dizaine de jeunes souffrant de troubles

cognitifs et une plateforme Insertion pour les plus de 16 ans déscolarisés, avec des parcours très particuliers. Nous accueillons souvent des jeunes avec un passé chaotique, une scolarité compliquée, des problèmes familiaux qui peuvent nécessiter des placements, ou des jeunes qui se sont confrontés avec la loi. Nous sommes dans une région qui connaît des problèmes éco-

nomiques ; nos élèves sont issus de milieux défavorisés, 60 % sont boursiers. La moitié d'entre eux n'a pas le brevet des collèges, une proportion

qui monte à 70 % pour les CAP. Ils ont été rejetés du système scolaire classique, ont une attitude très négative par rapport à l'école et ne se privent pas de le montrer. Lorsque je suis arrivé, de nombreux indicateurs étaient au rouge : un très fort taux d'absentéisme, de multiples incidents scolaires – indiscipline, absence de travail, violence – et un mauvais suivi de cohorte : sur 30 élèves en première année, il en restait entre 12 et 15 en terminale.

S. A. : **Quel est le sens général de votre action ?**

P. L. M. : L'idée, c'est d'arriver à travailler différemment pour faire aimer l'école, d'innover pour permettre de travailler sur l'estime de soi et sur la confiance. Notre objectif : ne perdre aucun élève en route, que tous sortent avec un niveau de qualification. Notre effort porte sur les primo-arrivants, et nous nous donnons une année pour reconstruire un élève et inscrire les jeunes dans un parcours de persévérance scolaire. Lors de cette première année-clé, nous veillons à ce qu'ils ne franchissent pas de ligne rouge, notamment en matière de violence, à laquelle nous réagissons tout de suite. Au départ, cette manière de voir les choses, les jeunes n'y croient pas. Ils sont démotivés par leur orientation en lycée professionnel, dont ils retiennent une seule signification : si vous êtes là, c'est parce que vous ne pouvez pas être en lycée général. C'est une orientation subie, vécue plus souvent comme un échec que comme une finalité. Aussi, il faut que la différence de notre projet éducatif soit très visible pour eux.

« LES JEUNES VONT EN COURS, S'ENGAGENT DAVANTAGE DANS LA VIE LYCÉENNE, ÉCHANGENT MIEUX AVEC L'ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE ET LE PERSONNEL. »

S. A. : **Comment cette différence se concrétise-t-elle ?**

P. L. M. : Nous avons instauré un accueil avec les familles, auxquelles nous tenons un discours de bienveillance, sans morale, et nous leur expliquons comment nous allons faire pour développer chez leur enfant le plaisir d'être à l'école et d'apprendre dans un climat de confiance. Nous avons supprimé les notes pour les premières années, remplacées par une évaluation des compétences par degrés de maîtrise. C'est un premier message fort : « Tu n'es pas une note. »

Nous avons innové concernant l'emploi du temps, en réduisant l'amplitude des journées. Alors que ces gamins n'aiment pas l'école, ils ont des horaires plus contraignants qu'au lycée classique : de 8 heures à 18 heures ! Les cours ont été réduits de 55 min à 45 min et les élèves sortent désormais à 16 h 45. Cela leur laisse la possibilité de vivre en dehors de l'établissement et de faire des activités, même s'il s'agit de jouer sur une console. Sur une semaine, les enseignants disposent donc de 3 heures où ils ne font plus cours. Ils consacrent désormais 1 h 30 à de l'aide aux devoirs ou à des cours particuliers ; le reste du temps est dévolu à une réunion hebdomadaire que j'ai instaurée

L'ESSENTIEL

► Le lycée professionnel de Thiers s'attache à travailler différemment pour faire aimer l'école, à innover pour permettre de travailler sur l'estime de soi.

► L'établissement a développé l'accueil et le dialogue avec les familles, supprimé les notes la première année et instauré le précepte : « Tu n'es pas une note. » Autres changements majeurs : emploi du temps adapté, aide aux devoirs et cours particuliers, réunion hebdomadaire de l'équipe enseignante pour entretenir une vigilance sur les élèves en difficulté, nomination d'une enseignante référente décrochage.



© Stéphanie Lacombier/Pictura.com/MEN

pour que les professeurs prennent le temps de discuter entre eux du cas de certains élèves et de travailler sur des thèmes pédagogiques.

S. A. : Quels points d'appui avez-vous trouvés pour conduire ce projet hors cadre pédagogique institutionnel ?

P. L. M. : Nous y avons associé tous les inspecteurs pédagogiques des disciplines enseignées dans l'établissement, le directeur académique des services de l'Éducation nationale (Dasén) et le recteur de l'académie. Les inspecteurs se sont déplacés dans l'établissement pour des réunions de travail qui ont permis de construire ce projet dans ses différentes composantes. Notre projet a été lauréat de la Cellule académique recherche et développement pour l'innovation et l'expérimentation (Cardie) et un film sur la *Persévérance et Réussite scolaire* a été réalisé au sein du lycée Germaine-Tillion. Depuis la rentrée 2017-2018, nous sommes un lieu d'éducation associé (Léa) créé par l'Institut français de l'éducation de l'école normale supérieure de Lyon et nous travaillons avec deux chercheurs, maîtres de conférences à l'université Jean-Monnet de Saint-Etienne. Nous sommes partis pour trois ans d'expérimentation sur « la reconstruction de l'élève pour lui donner motivation et ambition ». Tous les élèves entrants remplissent des questionnaires sur l'estime de soi, la confiance, la motivation. Les évaluations donneront lieu à diverses publications.

**LES ÉLÈVES DISENT
« QU'ILS COMPRENNENT
MIEUX CE QU'ILS APPRENNENT ;
QU'ILS SENTENT QUE
L'ON S'INTÉRESSE À EUX ».**

S. A. : Comment redonne-t-on de l'ambition ?

P. L. M. : Par exemple, en proposant une section européenne à tous les élèves de bac pro, avec en seconde année deux heures de plus de mathématiques, enseignées en anglais, et la possibilité de s'inscrire au *Cambridge certificate*. Les terminales peuvent faire leur stage professionnel de dernière année en Finlande. Et nous avons conclu d'autres partenariats avec des établissements de Lituanie et de Croatie. Être dans un lycée international, cela renforce l'estime de soi. Faire un stage d'un mois en Finlande, c'est très signifiant pour des gamins qui ne sont jamais sortis de Thiers : première fois à Paris, première fois en avion, première fois à l'étranger. C'est un voyage qui développe l'autonomie. Faire une école différente, c'est aussi proposer des activités extérieures, de pleine nature, pour créer du lien et de la solidarité entre les élèves, les enseignants, les surveillants, le personnel de la cantine, etc. Nous faisons une sortie tous les deux mois avec ski de fond, course d'orientation, randonnée. La rénovation des locaux est aussi importante pour revaloriser les élèves. Les couloirs et les salles

de cours sont repensés et modernisés pour les rendre accueillants et inciter au respect. L'établissement dispose même d'une salle de détente et d'activités physiques, qui est aussi disponible pour le personnel à certains horaires.

S. A. : Quels sont les retours de la part des élèves, des enseignants, du personnel ?

P. L. M. : Les réunions-bilans que nous faisons avec les élèves montrent une réaction en deux temps. Au départ, ils n'aiment pas trop le dispositif... qui les oblige à s'impliquer dans leur formation. Ensuite, ils disent que c'est bien de travailler moins dans la journée ; qu'ils comprennent mieux ce qu'ils apprennent ; qu'ils sentent que l'on s'intéresse à eux. Cette nouvelle organisation a questionné certains enseignants ; des collègues ont exprimé leur méfiance et leur inquiétude de ne pas pouvoir terminer le programme. Ces quelques voix sont restées minoritaires, et le personnel s'est largement associé à cette dynamique. Le lycée se lance dans un management horizontal ; il n'y a pas une organisation verticale avec un responsable qui décide de tout, chacun peut prendre des initiatives.

S. A. : Quel bilan pouvez-vous dresser de ces différentes actions ?

P. L. M. : Il y a des points positifs. Les jeunes vont en cours, s'engagent davantage dans la vie lycéenne, échangent mieux avec l'équipe pédagogique et le personnel. Un climat de confiance et de convivialité s'est instauré et l'ambiance dans l'établissement me paraît plus sereine. Nous constatons moins de décrochages. Nous avons nommé une enseignante référente décrochage, qui suit ceux qui rencontrent des difficultés particulières et qui fait le lien avec les professeurs pour enrayer le processus. Néanmoins, il faut reconnaître que, globalement, l'implication des élèves dans le travail scolaire et les apprentissages ne se fait que lentement. Il faut dire que nous partons de loin, tant ces jeunes ont été déconsidérés tout au long de leur parcours. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

La question de la promotion de la santé scolaire a fait l'objet d'un numéro spécial dans *La Santé en action* en 2014 (n° 427 : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-427.pdf>). Certains articles soulignaient alors les liens entre climat scolaire et promotion de la santé ; le présent dossier y fait particulièrement écho. Sous l'angle de l'interaction entre climat scolaire et promotion de la santé, nous proposons ici une bibliographie organisée en trois volets : une présentation des dispositifs législatifs, stratégiques, et des principales sources de données sur le sujet ; des références issues des sciences de l'éducation et de la promotion de la santé, liées au bien être, à la promotion de la santé et au climat scolaire ; quelques ressources utiles.

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

CADRE LÉGISLATIF, RAPPORTS, ENQUÊTES

CADRE LÉGISLATIF

- **Circulaire n° 2016-114 du 10 août 2016 relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté**, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 25 août 2016, n° 30. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=105518
- **Circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves**, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 4 février 2016, n° 5. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990
- **Circulaire n° 2016-092 du 20 juin 2016 relative au parcours citoyen de l'élève**, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 23 juin 2016, n° 25. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=103533
- **Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République**, *JORF*, 9 juillet 2013, n° 0157 : p. 11379. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/7/8/MENX1241105L/jo/texte>
- **Circulaire n° 2006-125 du 16 août 2006 relative à la prévention et lutte contre la violence en milieu scolaire**, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 31 août 2006, n° 31. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/31/MENE0601694C.htm>

RAPPORTS

- **Naton J.-F., Bouvet de La Maisonneuve F, Conseil économique social et environnemental (Cése). Pour des élèves en meilleure santé**, *Les Avis du CESE*, mars 2018, n° 5 : 74 p. En ligne : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_05_eleves_sante.pdf

- **Florin A., Guimard P., Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco). Qualité de vie à l'école : Comment l'école peut-elle proposer un cadre de vie favorable à la réussite et au bien-être des élèves ?** Rapport scientifique. Paris : Cnesco, octobre 2017 : 84 p. En ligne : https://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2017/10/170929_QDV_Florin_Guimard.pdf

- **Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco). L'école française propose-t-elle un cadre de vie favorable aux apprentissages et au bien-être des élèves ?** Dossier de synthèse. Paris : Cnesco, 2017 : 52 p. En ligne : http://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2017/12/171002Dossier_Synthese_Qualite_vie_ecole_def.pdf

- **Conseil d'évaluation du système scolaire (Cnesco). Qualité de vie à l'école : enquête sur la restauration et l'architecture scolaires**, 2017 : 36 p. En ligne : https://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2017/10/170929_Note_QdeVie_VF.pdf

- **Debarbieux E., Anton N., Astor R., Benbenishty R., Bisson-Vaivre C., Cohen J., et al. Le « Climat scolaire » : définition, effets et conditions d'amélioration. Rapport au Comité scientifique de la Direction de l'enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale – MEN-Dgesco/Observatoire international de la violence à l'école**, 2012 : 25 p. En ligne : <http://www.cafepedagogique.net/lexpresso/Documents/docsjoints/climat-scolaire2012.pdf>

- **Debarbieux E. Observatoire international de la violence à l'école. À l'école des enfants heureux... enfin presque. Rapport réalisé avec le soutien technique du ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative.** Paris : Unicef, 2011 : 41 p. En ligne : https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011.pdf

ENQUÊTES

- **Bacro F., Guimard P., Florin A., Ferrière S., Gaudonville T. Bien-être perçu, performances scolaires et qualité de vie des enfants à l'école et au collège : étude longitudinale.** *Enfance*, 2017, n° 1 : p. 61-80.
- **La santé des ados au collège : résultats de l'enquête HBSC 2014 France**, *Agora Débats/Jeunesses*, 2016, hors-série n° 4 : 192 p.

• **Debarbieux E.** *Tirer les leçons de l'enquête nationale de victimation et climat scolaire en collège*. Paris : ministère de l'Éducation nationale, octobre 2011 : 8 p. *En ligne* : http://media.education.gouv.fr/file/10_octobre/52/9/Victimation-Tirer-les-lecons-de-l-enquete-nationale_197529.pdf

SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

BIEN-ÊTRE, CLIMAT SCOLAIRE

• **L'école et la santé : des enjeux forts, une ambition à soutenir.** *Administration & Éducation*, numéro thématique, 2018, vol. 157, n° 1 : 224 p.

Voir notamment :

• **Canvel A., Florin A., Pilard P., Zanna O.** *Santé, bien-être et climat scolaire.* *Administration & Éducation*, 2018, vol. 157, n° 1 : p. 67-72.

• **Cordoliani C., Éloi-Roux V.** *La santé à l'école, tous acteurs.* *Administration & Éducation*, 2018, vol. 157, n° 1 : p. 9-18.

• **Prendre soin : santé et bien-être en éducation.** *Diversité*, numéro thématique, troisième trimestre 2017, n° 189 : 180 p.

• **Courty B., Dupeyron J.-F. (dirs.)** *Le Bien-être des écoliers.* Bordeaux : Presses universitaires de Bordeaux, coll. Études sur l'éducation, 2017 : 199 p.

• **Reynaud L.** *Promouvoir le bien-être à l'école.* *L'École des parents*, 2017, vol. 1, n° 622 : p. 50-53.

• **Garcia C., Veltcheff C.** *Oser le bien-être au collège.* Brignais : Le Coudrier, coll. Partage d'expériences, 2016 : 173 p.

• **Cuisinier F.** *Émotions et apprentissages scolaires : quelles pistes pour la formation des enseignants ?* *Recherche et Formation*, 2016, vol. 1, n° 81 : p. 9-21.

• **Ministère de l'Éducation nationale.** *Climat scolaire et bien-être à l'école.* *Éducation & Formations*, numéro thématique, n°s 88-89, décembre 2015 : 228 p. *En ligne* : http://cache.media.education.gouv.fr/file/revue_88-89/73/2/depp-2015-EF-88-89_510732.pdf

• **Veltcheff C.** *Pour un climat scolaire positif.* Réseau Canopée, coll. Éclairer, 2015 : 104 p.

• **Poulin R., Beaumont C., Blaya C., Frenette E.** *Le climat scolaire : un point central pour expliquer la victimisation et la réussite scolaire.* *Canadian Journal of Education*, 2015, vol. 38, n° 1 : 23 p. *En ligne* : journals.sfu.ca/cje/index.php/cje-rce/article/download/1640/1744

• **De Bock C.** *Les cellules bien-être à l'école.* [Dossier] *Éducation santé*, 2013, n° 294 : p. 2-7. *En ligne* : <http://>

educationsante.be/media/filer_public/b2/fe/b2fea64b-a221-444-b-9627-36bd49649a9a/es294.pdf

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CLIMAT SCOLAIRE

• **Broussouloux S., Berger D.** *Aller bien pour mieux apprendre, un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire au service du bien-être.* *Recherches et Éducatives* (à paraître).

• **Broussouloux S.** *Évaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire* [Thèse en sciences de l'éducation]. Lyon : université de Lyon, 2016 : 275 p. *En ligne* : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01378570/document>

• **Janosz M., Pascal S.** *Climat scolaire et promotion de la santé des élèves : des liens scientifiquement démontrés.* *La Santé en action*, 2017, n° 427 : p. 19-20. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-427.pdf>

• **Climat scolaire et promotion de la santé : enjeux et perspectives** [communications orales]. Les Journées de la prévention, Paris, Centre universitaire des Saints-Pères, 5-7 juin 2013, Paris, 2013 : 38 p. *En ligne* : http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/SYNTHESE_CLIMAT_SCOLAIRE.pdf

• **Curchod-Ruedi D., Doudin P.-A., Baumberger B.** *Promotion de la santé, prévention en milieu scolaire et santé psychosociale des professionnels de l'école.* In : Curchod-Ruedi D., Doudin P.-A., Lafortune L., Lafranchise N. (coll.) *La Santé psychosociale des enseignants et des enseignantes*, Québec : Presses de l'université du Québec, coll. Éducation, Intervention, 2011 : p. 179-202.

• **Les écoles promotrices de santé : quelles stratégies de développement ?** [communications orales]. Les Journées de la prévention, Paris, 9 avril 2010, 2010 : 46 p. *En ligne* : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2010/Session-6.pdf>

OUTILS ET RESSOURCES

• **Cycle de courts métrages sur l'importance du vivre ensemble au collège.** Film n° 1 : *Exprimer ses émotions* ; film n° 2 : *Verbaliser ses conceptions en santé* ; film n° 3 : *Améliorer son cadre de vie au collège* ; film n° 4 : *Vivre ensemble au collège*. Chamalières : UniRÉS, 2017. *En ligne* : <http://unires-edusante.fr/vivre-ensemble-college/>

• **Ministère de l'Éducation nationale.** *Agir sur le climat scolaire au collège et au lycée.* Guide. Paris : ministère de l'Éducation nationale, 2014 : 78 p. *En ligne* : https://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/fileadmin/user_upload/outils-pdf/Guide_climat_scolaire_second_degre2014.pdf

• **Climat scolaire : le site web collaboratif du réseau Canopée.** *En ligne* : <https://www.reseau-canope.fr/climat-scolaire/accueil.html>

Les liens Internet indiqués ont été consultés le 3 septembre 2018.



© ADSP/Erwan Balanant&Elise Boutin (exposition A la rencontre des femmes oubliées)

« Il y a urgence à réduire les inégalités sociales de santé dont les femmes sont victimes »

Entretien avec

Geneviève Couraud,

membre du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, rapporteure de « La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité ».

La Santé en action : Pourquoi le rapport du Haut Conseil à l'égalité met-il l'accent sur l'urgence d'améliorer la santé des femmes ?

Geneviève Couraud : Le rapport [1] du Haut Conseil à l'égalité (HCE)¹ a pointé l'urgence de la situation, parce qu'elle est alarmante pour un grand nombre de femmes dont la santé se dégrade, faute d'un accès aux soins et à la prévention. La précarité les atteint de façon importante, puisqu'elles constituent 70 % des travailleurs pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés. Elles représentent 85 % des chefs de familles monoparentales, dont un tiers vivent sous le seuil de pauvreté. Ces femmes n'ont pas les mêmes chances de prendre soin d'elles que celles de la classe moyenne.

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont accablantes : le risque de mortalité prématurée par maladie cardio-vasculaire et par cardiopathie ischémique est trois fois plus élevé pour les ouvrières que pour les femmes cadres. Il y a urgence à réduire les inégalités sociales de santé dont les femmes sont victimes, parce qu'elles ont aussi des effets à moyen terme sur la société française : l'état de santé détérioré de ces femmes se répercute

sur la situation des enfants, entraîne une dégradation sociale et conduit à un recul de la mixité sociale.

S. A. : Pourquoi 64 % des personnes renonçant aux soins ou les différant sont-elles des femmes ?

G. C. : Les femmes en situation précaire sont souvent « hors radar » des politiques publiques. Elles travaillent très tôt le matin et très tard le soir, prennent les transports plusieurs heures par jour et jonglent avec les tâches familiales, domestiques, professionnelles et administratives. Elles assument plus souvent qu'à leur tour ce que l'on appelle « la charge mentale » ; ce qui fait que, dans leur vie, la santé passe après tout le reste. En outre, elles ne sont pas bien repérées dans leur vie professionnelle par la médecine du travail, notamment du fait de leurs conditions d'emploi – employées de maison, aides à domicile... C'est le manque de moyens financiers qui constitue la première cause de renoncement aux soins. De plus, les femmes en situation de précarité consultent moins facilement ou plus tardivement les professionnels de santé, parce qu'elles ont des difficultés de compréhension et de connaissance du milieu médical.

Tous ces facteurs expliquent par exemple que les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique ; elles recourent moins à la contraception : 6,5 % des ouvrières n'ont pas de contraception, contre 1,6 % des femmes cadres ; elles font moins de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : 31 % des femmes d'un ménage aux revenus inférieurs à 2 000 € par mois n'ont

pas réalisé de frottis au cours des trois dernières années, contre 19 % des femmes d'un ménage aux revenus compris entre 2 000 € et 4 000 €. Ce renoncement à la santé se transmet à leurs filles : si la mère ne fait pas de frottis, son adolescente ne sera pas vaccinée contre le papillomavirus.

S. A. : Quels sont les déterminants de la santé dégradée chez les femmes en situation précaire ?

G. C. : Les conditions de vie et de travail sont les principaux déterminants. Le manque de moyens financiers a des conséquences directes sur l'alimentation, plus faible en qualité et en diversité, ainsi que sur l'accès à un logement digne et à des activités culturelles et sportives ; autant d'éléments qui concourent à la bonne santé au sens d'état de bien-être physique, mental et social. Les conditions de travail des femmes en situation de précarité sont pénibles et stressantes, particulièrement dans le secteur tertiaire avec des horaires atypiques et fractionnés. Ceci les expose à de nombreux risques professionnels, notamment les risques psychosociaux. Si les femmes sont en général plus exposées que les hommes aux troubles psychologiques, ceux-ci sont encore plus importants chez les femmes en situation précaire : à un même niveau de précarité, le syndrome anxiodépressif est de 41 % chez les femmes et de 34 % chez les hommes [2].

S. A. : Quels sont les facteurs aggravant liés au genre ?

G. C. : Plusieurs indicateurs mettent en évidence le lien entre santé détériorée, précarité et genre. C'est par exemple le cas des accidents du

travail et des maladies professionnelles. Entre 2000 et 2015, le nombre de maladies professionnelles reconnues pour les travailleuses a augmenté de 155 %. Dans les activités de services comme dans la grande distribution, le nettoyage, le travail temporaire, le soin, elles progressent de 300 %. Cela s'explique par la concentration des femmes sur des postes à risques : gestes répétitifs, port de charges lourdes, etc. Or les critères de pénibilité au travail ont été élaborés selon les métiers occupés par les hommes. Une caissière qui pousse un pack d'eau toutes les

dix minutes, sept heures par jour, pousse 378 kg cumulés dans la journée ; pour atteindre le seuil du facteur de pénibilité « maintenance manuelle », il faudrait qu'elle porte 800 packs par jour ! Parce que la santé au travail est pensée au « masculin neutre », les risques professionnels dans les emplois où les femmes sont majoritaires n'ont

aucune visibilité ; elles sont alors « hors radar » des dispositifs de prévention et de compensation. Autre exemple parlant : les maladies cardiaques qui montrent également un androcentrisme² de la médecine. En cas d'infarctus du myocarde, les femmes arrivent aux urgences en moyenne une heure plus tard que les hommes, du fait de la méconnaissance des symptômes spécifiques des femmes (suées, nausées, difficultés respiratoires, migraine très forte, etc.). La douleur dans la poitrine et le bras, caractéristique pour les hommes, est absente dans la moitié des cas chez les femmes.

S. A. : Quelles recommandations du Haut Conseil à l'égalité aux pouvoirs publics vous semblent prioritaires ?

G. C. : Il me paraît essentiel que la santé des femmes devienne un vrai sujet de recherche scientifique et que

des données sexuées en matière de santé au travail soient recueillies et publiées, afin de parfaire la connaissance. Par ailleurs, la simplification de l'octroi des dispositifs d'aide est indispensable afin de lever l'obstacle financier : nous préconisons l'automatisation de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), qui sont des femmes dans six cas sur dix. Enfin, les critères de la pénibilité doivent être revus pour être adaptés aux femmes : baisser les seuils de poids porté ; intégrer les produits ménagers parmi les « agents chimiques dangereux » et la station debout dans les « postures pénibles » ; prendre en compte de nouveaux facteurs de pénibilité propres à leurs emplois, par exemple la multiplication des trajets – comme c'est le cas pour de nombreuses employées de maison – qui est facteur de risque d'accident.

S. A. : Quelles mesures de prévention et de promotion de la santé vous semblent les plus pertinentes ?

G. C. : Je crois beaucoup à une approche en santé communautaire, qui va vers les personnes les plus éloignées du système de santé et leur apporte une réponse globale – de la contraception au dépistage, en passant par l'emploi et l'éducation des enfants. Nous avons rencontré des représentants des centres de santé de Saint-Denis et de Toulouse, qui proposent cette démarche intéressante : avec des équipes pluridisciplinaires, ils conduisent les femmes à s'intéresser à elles-mêmes, à leur corps, à leur bien-être. Elles deviennent alors partie prenante de leur prise en charge.

S. A. : Que proposez-vous pour mieux prendre en compte la question du genre – et donc des femmes – dans les politiques publiques de lutte contre les inégalités ?

G. C. : Il s'agit par exemple de mettre en place des indicateurs sexués de suivi dans les diagnostics et dans l'évaluation des actions, pour le suivi des contrats de ville et de ruralité. Lorsqu'une association dépose un dossier de demande de financement, il faudrait examiner ce qu'elle propose d'accomplir en faveur des femmes. Il serait pertinent de

construire des budgets « genrés », afin d'identifier l'argent public investi pour les femmes. Les nouveaux médicaments sont principalement testés sur des hommes ; pourquoi ne pas ouvrir davantage les tests aux femmes ? Etc. Dans le domaine de la santé, il est sans doute complexe d'instaurer cette perspective de genre, car il faut prendre à rebours un fait : les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Il est donc nécessaire de garder à l'esprit que toute amélioration pensée pour les femmes bénéficie également aux hommes. L'ouverture aux femmes du métier de facteur a permis de changer les outils de distribution du courrier pour éviter le port de sacs lourds, ce qui a été un progrès aussi pour les conditions de travail et la santé de leurs collègues masculins.

Ce premier rapport institutionnel, qui croise les facteurs précarité et sexe, s'inscrit dans la durée. Il a vocation à nourrir les débats qui se multiplient sur le sujet, pour lesquels nous sommes régulièrement sollicités. La prise en compte du genre dans les politiques de santé étant relativement nouvelle, il faudra sans doute du temps pour que nos recommandations trouvent une traduction concrète, mais le chemin est ouvert. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Instance nationale consultative indépendante, chargée des droits des femmes et de l'égalité femmes-hommes. Pour en savoir plus : www.haut-conseil-egalite.gouv.fr
2. Mode de pensée envisageant le monde du point de vue des êtres humains de sexe masculin (NDLR).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] Couraud G., Lazimi G. *La Santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité* [Rapport]. Paris : Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 27 mai 2017 : 120 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000550.pdf>
- [2] Royer B., Gusto G., Vol S., Arondel D., Tichet J., Lantieri O. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010, vol. 41, n°4 : p. 313-321.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ DES FEMMES : À LA RENCONTRE DES OUBLIÉES

À la rencontre des femmes oubliées : pendant plusieurs mois, la journaliste Éloïse Bouton et le photographe Erwan Balanant ont accompagné des bénévoles de l'Association pour le développement de la santé des femmes (ADSF) lors de maraudes. Ce travail a été exposé à Paris en 2017. Comme l'explique l'équipe impliquée dans ce projet (Nadège, Maria, Marie-Thé, Julie, Bernard et Karine), « *L'ADSF va à la rencontre de ces femmes pour les aider, les écouter, identifier leurs besoins, les orienter et leur permettre de recourir à leurs droits en matière de santé. Nos bénévoles les ont accompagnées pour qu'elles puissent accéder aux soins concernant notamment la contraception, le suivi de grossesse, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), ainsi que suite à des violences et à des mutilations sexuelles* ».

En 2017, en Île-de-France, l'ADSF a suivi plus de 700 femmes vivant dans les bidonvilles, les hôtels sociaux, dans le bois de Vincennes, dans la rue ou encore dans des centres d'accueil. L'association a réalisé un *État des lieux de la santé de femmes en situation de précarité en Île-de-France* et figure parmi les organisations auditionnées par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, dans le cadre de son rapport : *La Santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*.

Avec l'aimable accord de l'association, quelques-unes de ces photos illustrent plusieurs articles de ce numéro.

Pour en savoir plus
<https://adfasso.org>



© ADSF Erwan Balanant & Éloïse Bouton (exposition À la rencontre des femmes oubliées)

43

Femmes en situation de précarité

Les recommandations du Haut Conseil à l'égalité

Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a remis, le 29 juin 2018, à Marlène Schiappa, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, son rapport intitulé « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* »[1]. Le Haut Conseil à l'égalité présente comme suit son rapport ainsi que le contexte dans lequel il a été rendu public :

« Dans les 24 heures qui ont suivi le lancement sur Twitter du hashtag #PayeTonUtérus en novembre 2014, plus de 7 000 femmes ont dénoncé des propos porteurs d'injonction sur leur poids ou leur sexualité, sur leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux ou des actes pratiqués sans leur consentement, jusqu'à des violences sexuelles. Depuis, les prises de parole de femmes se multiplient concernant les violences gynécologiques et obstétricales, terme mobilisé depuis près d'une vingtaine d'années en Amérique latine et dans le monde anglo-saxon, pour désigner les actes sexistes les plus graves commis lors du suivi gynécologique et obstétrical.

Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves, et sont le fait de soignant.e.s – de toutes spécialités – femmes et hommes, qui n'ont pas nécessairement l'intention d'être maltraitant.e.s.

Bien que, à l'évidence, tou.te.s les professionnel.le.s de santé ne soient pas auteurs

d'actes sexistes, les chiffres attestent d'un phénomène relativement répandu dans le suivi gynécologique et obstétrical des femmes :

- un accouchement sur cinq donne lieu à une épisiotomie : une femme sur deux sur laquelle une épisiotomie a été réalisée déplore un manque ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie ;

- Les taux d'épisiotomie – toutes grossesses confondues – sont très variables d'une maternité à l'autre : de 0,3 % (dans telle maternité de type 3 – accueillant les grossesses pathologiques et à grands risques) à 45 % (dans telle maternité de type 1 – accueillant des grossesses normales ou à bas risque) ;

- 6 % des femmes se déclarent « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement, ce qui représente environ 50 000 femmes pour l'année 2016 ;

- 3,4 % des plaintes déposées auprès des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins, en 2016, concernent des agressions sexuelles et des viols commis par des médecins.

Ces prises en charge inadaptées peuvent s'expliquer par :

- la multiplicité d'occasions en comparaison avec d'autres suivis médicaux (une femme aura en moyenne 50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de sa vie) ;

- l'insuffisante prise en compte du caractère particulièrement intime de ces consultations ;

- le sexisme encore très prégnant dans le secteur médical : 86 % des internes en médecine (95 % des femmes et 68 % des hommes) déclarent avoir été exposé.e.s à du sexisme ;

- l'histoire de la gynécologie médicale, marquée, à l'origine de la spécialité, par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter) ;

- le manque de moyens humains et financiers alloués au secteur de la santé, et en particulier dans les maternités.

Or, en dépit d'une assez forte prévalence,

les actes sexistes sont largement ignorés : les droits et les procédures de signalement sont méconnus des patientes et les procédures disciplinaires, inadaptées.

Pour faire du suivi gynécologique et obstétrical des femmes un parcours qui n'entrave ni leurs droits, ni leur autonomie, le Haut Conseil à l'égalité formule dans son rapport 26 recommandations, articulées autour de trois axes :

- reconnaître les faits, c'est-à-dire l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical ;

- prévenir les actes sexistes, via la formation des professionnel.le.s de santé, l'inscription de l'interdiction des actes sexistes dans le Code de déontologie médicale, et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques existantes ;

- faciliter les procédures de signalement et condamner sans détour les pratiques sanctionnées par la loi, via l'information des femmes sur leurs droits, l'implication des ordres professionnels et la formation des personnels en contact avec les femmes. » ■

Source : Haut Conseil à l'égalité (HCE), Actualités, [communiqué de presse], 29 juin 2018. En ligne : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Haut Conseil à l'égalité (HCE). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. [Rapport n°2018-06-26-SAN-034], 26 juin 2018 : 172 p. En ligne : <https://bit.ly/2MvJtAy>

« Un réseau pluridisciplinaire pour prendre en charge les jeunes en rupture »

Entretien avec Francis Saint-Dizier, médecin et anthropologue, membre de l'équipe de coordination du Réseau adolescence et partenariat de Haute-Garonne (RAP 31).

La Santé en action : Pourquoi avez-vous créé ce réseau ?

Francis Saint-Dizier : L'idée de départ était de décloisonner le travail des professionnels en charge de l'accompagnement des adolescents difficiles. Les différentes institutions – aide sociale à l'enfance (ASE), protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), service santé de l'Éducation nationale – ont un fonctionnement pyramidal et vertical, qui ne facilite pas la communication transversale. Nous avons commencé par faire des réunions mensuelles, au cours desquelles les professionnels venaient exposer le cas clinique d'un jeune avec lequel ils ne savaient plus comment avancer. Puis, en 2006, nous avons donné corps à ce réseau informel avec la création d'une association, qui reçoit un financement de l'agence régionale de santé Occitanie depuis 2008. Nous avons petit à petit construit l'équipe de coordination, qui compte désormais huit personnes pour quatre Équivalents temps plein (ETP) : une secrétaire, une assistante, un coordinateur, une éducatrice détachée de la PJJ, un éducateur ethnoclinicien, deux psychiatres et moi-même. Toutes ces personnes ont une longue expérience dans leur domaine.

S. A. : Quelle est la mission du RAP 31 ?

F. S.-D. : C'est un réseau pluridisciplinaire pour prendre en charge les jeunes en rupture. En d'autres termes,

l'objectif du réseau est d'apporter un soutien aux acteurs médico-sociaux qui ont épuisé toutes leurs ressources face à des adolescents en grande difficulté, grâce à une clinique indirecte. C'est-à-dire que nous ne recevons pas les jeunes ni leur famille. Leur dossier doit être porté par un professionnel – généraliste, pédopsychiatre, éducateur de quartier, personnel de la PJJ, de l'ASE, de l'Éducation nationale, etc. La position de tiers externe que joue le Réseau adolescence et partenariat (RAP) est souvent indispensable pour aboutir à des coopérations efficaces permettant une continuité et une cohérence des soins. Souvent, les différents acteurs se renvoient la balle, cherchant le meilleur lieu pour la prise en charge. Or, il n'y a pas de bonnes « cases » pour les adolescents en rupture. C'est la collaboration entre les différents professionnels concernés qui va permettre l'efficacité d'un accompagnement.

S. A. : Comment se déroule votre recherche de solutions pour le bien du jeune ?

F. S.-D. : Lorsque nous sommes saisis par un professionnel, l'équipe de coordination discute l'acceptation ou non ce dossier. Nous intervenons sur les cas les plus compliqués, car nous ne pouvons suivre tous les adolescents difficiles du département. Ensuite, l'éducateur de l'équipe effectue un travail de recherche approfondie sur le parcours du jeune, de sa petite enfance jusqu'à la situation de blocage actuelle. Il entre en contact avec ses anciens instituteurs, le généraliste, le pédiatre de la protection maternelle infantile (PMI)... tous les acteurs qui l'ont pris en charge à un moment donné. Cette reconstitution

L'ESSENTIEL

► En Haute-Garonne, un réseau pluridisciplinaire de professionnels (éducateurs, dont un ethnoclinicien, médecin anthropologue, psychiatres...) apporte un soutien aux acteurs médico-sociaux qui ont épuisé toutes leurs ressources face à des adolescents en grande difficulté.

► L'éducateur retrace de façon approfondie l'ensemble du parcours du jeune en rupture, y compris en allant voir les personnes qui l'ont encadré de sa petite enfance jusqu'à la situation de blocage actuelle. Puis, en lien avec les acteurs qui assurent la prise en charge, cette équipe élabore des solutions dont l'adolescent est le centre. Le jeune est soutenu et suivi autant que nécessaire, dans la durée.

► Le réseau suit 250 jeunes dont une soixantaine de nouveaux cas par an.

biographique sert de base à la réunion de concertation partenariale d'une durée de trois heures, à laquelle sont invités les intervenants, y compris ceux qui ne sont plus en charge de l'adolescent. Nous formulons une synthèse clinique à partir de l'histoire familiale, éducative, médicale qui place l'adolescent au centre, comme sujet. Cette lecture clinique, élaborée avec toutes les personnes présentes, donne à chacun la possibilité d'envisager sa place dans le partenariat à construire ensemble et d'organiser ainsi une synchronie dans la future prise en charge. Comment intégrer un suivi psychiatrique s'il s'avère nécessaire ? Comment aider le jeune dans son lieu de vie, qu'il habite chez



© Gilles Coulon/Finlande France

ses parents ou dans un foyer ? Quelles solutions peut-on envisager du côté des apprentissages et de l'école, selon que le jeune a plus ou moins de 16 ans ? Quel projet d'autonomie peut-on mettre sur pied ? Ensuite, nous faisons le point six mois plus tard, puis un an plus tard. Si les effets escomptés ne sont pas au rendez-vous, nous formulons des propositions alternatives.

S. A. : Quel est le profil des adolescents que vous accompagnez ?

F. S.-D. : La majorité ont entre 14 et 17 ans, même si nous pouvons les suivre jusqu'à l'âge de 21 ans. Ce sont pour 60 % d'entre eux des garçons. Ils connaissent pour la plupart des difficultés dès la petite enfance, au sein de familles séparées, recomposées, en errance sociale ou en déshérence culturelle. L'entrée au collège sert souvent de détonateur, alors que l'école primaire demeure un cadre contenant. C'est à ce moment, qui se conjugue avec le début de l'adolescence, que cela explose. Les garçons qui vont mal trouvent un exutoire dans les conduites délinquantes ; pour 90 % d'entre eux, nous sommes sollicités par la PJJ. Les filles – pour qui le juge a souvent pris une mesure éducative de placement en foyer – fuguent ou ont des conduites sexuelles débridées, ce qui les expose à la violence. Nous prenons en charge

une soixantaine de nouveaux cas par an ; c'est peu, mais l'enquête de terrain pour écrire le récit de vie de l'adolescent représente cinquante heures de travail. Nous suivons actuellement une cohorte de 250 jeunes.

S. A. : Qu'apportent l'anthropologie ou l'ethnologie dans ce contexte particulier ?

F. S.-D. : Ces sciences humaines permettent de changer de cadre d'analyse et d'apporter un autre éclairage. Seules, elles ne serviraient cependant pas à grand-chose. C'est parce que nous les combinons aux savoirs médicaux, psychologiques, psychiatriques que nous parvenons à une compréhension plus juste des problèmes vécus par l'adolescent. Le regard croisé des disciplines doit permettre d'appréhender des situations très complexes de la façon la plus fine possible.

S. A. : Quel bilan avez-vous dressé de votre action ?

F. S.-D. : En 2015, nous nous sommes posé la question du devenir des adolescents inclus dans le réseau. Nous avons alors repris les dossiers de 175 jeunes sortis de l'accompagnement depuis deux ans. Grâce à nos partenaires éducateurs et aux assistantes sociales des différentes institutions, en passant des appels téléphoniques selon une grille déterminée, nous avons retrouvé la trace de 90 % d'entre eux. Les résultats ont été plus probants que nous pouvions l'espérer. Pour les garçons, il y eut peu de suites sur le plan judiciaire, et peu d'incarcérations ; ils se sont globalement « rangés ». Seuls quelques rares jeunes sont entrés

dans une pathologie mentale lourde, nécessitant des hospitalisations récurrentes ou prolongées. Pour les filles, le bilan est plus mitigé : 42 % sont devenues mère à l'âge de 19-20 ans, alors que la moyenne française est de 29 ans pour le premier enfant. Pour celles-ci, la maternité a été la porte de sortie d'une adolescence chaotique, un moyen d'autonomisation grâce à l'aide financière accordée pendant cinq ans aux parents isolés. On peut y voir là une forme de reproduction des inégalités sociales.

Un des objectifs du RAP 31, c'est aussi de lutter contre le sentiment d'épuisement et d'échec vécu par les professionnels devant des trajectoires sur lesquelles ils ne semblent avoir aucune action positive. Nous leur avons donc demandé d'évaluer leur satisfaction sur une échelle de 1 à 10. Avec une moyenne de 8,21, les réponses confirment ce que nous pensions : le travail en réseau diminue le burn out des équipes.

S. A. : En quoi ces résultats favorables conditionnent-ils votre futur ?

F. S.-D. : Ces résultats sont importants, car l'association fonctionne sans convention d'objectifs et de moyens avec l'ARS, ce qui fait que notre financement est discuté et reconduit d'année en année. C'est une difficulté pour la pérennité de la structure et aussi un avantage, car nous sommes en permanence motivés pour prouver notre efficacité. Le statut associatif est important pour préserver notre indépendance par rapport aux grandes institutions. Cette indépendance est nécessaire à notre liberté de réflexion et d'action. Elle est indispensable pour nous préserver des défauts de ces institutions : la routine, les solutions toutes faites, les protocoles de l'administration. Les adolescents en grande difficulté ne « rentrent » justement pas dans ces protocoles... ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus

- <http://www.resomip.com/rap-31-reseau-adolescence-et-parteneriat-31>
- rap31@orange.fr

LES JEUNES EN RUPTURE CONNAISSENT POUR LA PLUPART « DES DIFFICULTÉS DÈS LA PETITE ENFANCE, AU SEIN DE FAMILLES SÉPARÉES, RECOMPOSÉES, EN ERRANCE SOCIALE OU DÉSHÉRENCE CULTURELLE ».

Des adolescents « difficiles » ?

Bertrand Ravon,

professeur de sociologie, université Lumière-Lyon 2, centre Max-Weber,

Halima Zeroug-Vial,

psychiatre, directrice de l'Orspere Samdarra, centre hospitalier Le Vinatier (Lyon).

Ce que nous qualifions de jeunes en « grande difficulté » recouvre une grande diversité de situations et de dénominations : « jeunes vulnérables », « en errance », « en danger », « précaires », « déviants », « incassables », « jeunes en rupture » et/ou « en souffrance », « en risque de marginalisation » ou, plus récemment, « radicalisés ». Toutes sont traversées par une même préoccupation : comment prendre en charge des adolescents « sans solution de prise en charge » ? Comment les accompagner dans la durée, alors qu'ils sont « trimballés » entre les institutions scolaires, du travail social, de l'insertion et du médico-social, de la justice pour mineurs ou de la pédopsychiatrie ?

Historiquement, la notion d'adolescent « difficile » apparaît dans les années 1960. Ces adolescents difficiles engendrent dans un premier temps chez les équipes soignantes, pédagogiques et judiciaires un hyperinvestissement, suivi de rejets et de ruptures. Déscolarisés, rejetés de leur famille, en voie de marginalisation, ils mettent à mal les services de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie par l'intensité et la répétition de leurs troubles du comportement, mettant ainsi en échec toute forme de projet de vie.

Insécurité du lien primaire

La psychopathologie appréhende l'adolescent « difficile » de la manière suivante : les troubles, bien qu'empruntant une symptomatologie comportementale

très bruyante, se caractérisent par une mentalisation très pauvre. Ces manifestations émotionnelles font écho à l'enfance de ces sujets, heurtés dès leur plus jeune âge à un chaos affectif, marqué par la carence, la violence et la maltraitance, à l'origine de placements itératifs en familles d'accueil et en institutions. Cette insécurité du lien primaire met à mal leur construction identitaire et produit des sujets en quête de destructivité. Cette instabilité émotionnelle première condamne soit à la dépendance, soit au sentiment d'abandon. Les liens sont ressentis trop forts ou trop distants, à l'image des hyperinvestissements et des rejets qu'ils suscitent.

De la même façon qu'on ne sait trop quelles sont les institutions les plus à même de recueillir ces adolescents « patate chaude », on ne sait pas non plus les nommer et les classer de manière cohérente et uniforme. Les acteurs de la psychiatrie n'ont cessé d'éprouver des difficultés pour dénommer et circonscrire ces troubles. Les « classifications psy » sont insatisfaisantes en ce sens qu'elles tendent en même temps à inclure ces jeunes dans le champ professionnel (le « psychiste » peut être amené à parler de ces jeunes, à les rencontrer dans le cadre d'une expertise, à les prendre en charge sur le plan psychothérapeutique) et à les exclure, dans la mesure où ils ne s'inscrivent pas au centre clinique de la psychiatrie, à savoir la psychose.

Dynamiques individuelles de construction de soi

Les adolescents « difficiles » rendent compte d'une expérience publique et collective problématique, caractérisée par l'enchevêtrement de trois types d'épreuves, indissociables les unes des autres : la *mésinscription* adolescente ; l'ébranlement des identités

L'ESSENTIEL

► L'Observatoire Santé mentale, vulnérabilités et sociétés Orspere Samdarra et le centre Max-Weber, en lien avec le centre hospitalier Le Vinatier (Lyon) et l'université Lumière – Lyon 2, ont mené une enquête sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté. Ils plaident pour une prise en charge territorialisée et pluridisciplinaire.

professionnelles ; la difficile coordination interinstitutionnelle. Le terme de « mésinscription adolescente », forgé par le psychanalyste Alain-Noël Henri, rend compte de la difficulté pour un individu à identifier sa « place » dans une famille, un foyer, un réseau d'aide, un espace public, une communauté. Elle renvoie à une impossibilité d'entrer dans une trajectoire de perfectibilité, d'autonomie, de réussite. L'expérience de la mésinscription adolescente transforme les manières de mettre en œuvre l'action publique en direction des jeunes en grande difficulté. On s'attache dorénavant moins à définir la notion – et l'âge de début et de fin, la durée – d'adolescence, qu'à insister sur les multiples épreuves d'une phase de la vie caractérisée par un parcours semé d'embûches. Les prises en charge et leurs spécificités sont ainsi définies au nom des problèmes (sanitaires, sociaux, éducatifs, judiciaires) rencontrés à l'âge adolescent : toxicomanie, conduites à risque, délinquance, troubles du comportement, rupture scolaire, insertion professionnelle impossible, etc. Parler d'« adolescents en difficulté » plutôt que d'« adolescence difficile », c'est déjà une façon de centrer le regard sur les dynamiques



© Denis Bourges/Fondance Flaine

individuelles de construction de soi plutôt que de penser le phénomène à partir des caractéristiques propres à une classe d'âge.

Des professionnels en difficulté

Face à l'impossibilité de trouver un hébergement adapté, devant la difficulté de faire face à la violence de certains passages à l'acte, à des situations inextricables où l'incertitude sur ce qu'il s'agit de faire est communément partagée, le malaise des accompagnants est transversal à tous les corps professionnels concernés, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), de responsables de structures d'hébergement, de chefs de service éducatifs, d'enseignants, de psychiatres, de psychologues, de juges pour enfants, d'infirmiers, d'animateurs, et aussi, en seconde ligne, des cadres administratifs des associations, des hôpitaux ou de l'agence régionale de santé.

Si tous les acteurs sont affectés, ils traversent ces épreuves avec des issues plus ou moins favorables. L'expérience, les statuts professionnels et les légitimités associées, la définition plus ou moins large des missions données, les marges de manœuvre vis-à-vis des autorités institutionnelles ou managériales, les ressources mobilisables dans le territoire d'intervention, l'existence

d'étayage collectif, les inscriptions dans des réseaux plus ou moins ouverts, plus ou moins formalisés : ces différents contextes et supports se combinent pour constituer des environnements de travail plus ou moins propices à l'exercice du métier.

Cette incertitude des « agir » professionnels nous paraît d'abord structurelle. D'une part, le contexte général de précarité des sociétés hypermodernes rend la tâche d'intégration des adolescents en grande difficulté plus illusoire aujourd'hui qu'hier. D'autre part, le mouvement socio-historique profond de singularisation des prises en charge de la vulnérabilité à tous les âges de la vie et dans tous les compartiments des travaux judiciaire, sanitaire, social et éducatif fait du parcours de vie le cœur de l'action publique. Dorénavant situés au plus près du cheminement biographique des personnes en difficulté, les acteurs sont en permanence confrontés, dans la définition de l'intervention qui convient, aux ruptures, aux bifurcations, aux aléas de parcours. Le contrôle continu des trajectoires fait que les intervenants sont devenus plus que jamais perplexes pour définir convenablement les situations : l'adolescent est-il en danger ou dangereux ? Faut-il exclure ce jeune des dispositifs de l'action publique du fait de son statut d'étranger en situation irrégulière, ou bien l'inclure du fait de sa minorité présumée ?

Prise en charge territorialisée et pluridisciplinaire

La réponse à ces questions n'est plus inscrite dans le marbre des missions de l'institution d'où provient le professionnel, mais elle se construit dans l'attention qui est donnée à la trajectoire de la personne qui traverse plusieurs institutions, à l'encontre des découpages sectoriels antérieurs, mais toujours existants. L'extension des dispositifs de prise en charge territorialisés, pluridisciplinaires et interinstitutionnels mettant en réseau les différents professionnels concernés est le pendant d'une prise en charge singularisée, centrée sur l'attention clinique envers les parcours individuels et leur risque de rupture. C'est donc la trajectoire que prend le parcours de tel adolescent qui met en réseau les professionnels de diverses disciplines. Ces réseaux ne sont pas sans poser de nouveaux problèmes : qui pilote l'action commune ? Où les décisions se prennent-elles ? Qui assure la coordination entre les institutions concernées et dans quelle temporalité ?

Afin d'aider, de manière constructive, à la reconfiguration des professionnalités et des institutions et d'aller dans le sens d'une réinvention des structures de prise en charge en phase avec les enjeux du temps présent, il devient indispensable de multiplier et de renforcer des espaces réflexifs et d'expérimentation pour les acteurs en prise avec les adolescents en grande difficulté, afin de fonder de nouveaux rapports sans hiérarchie entre les divers secteurs (sanitaire, Éducation nationale, médico-social, aide sociale à l'enfance...), et aussi entre les acteurs de première et de deuxième ligne. ■

Pour en savoir plus

● Cet article reprend la contribution de Bertrand Ravon et d'Halima Zeroug-Vial, intitulée « Introduction générale », dans le rapport final de recherche *La professionnalité à l'épreuve des adolescents en grande difficulté. Enquête sur les pratiques de soutien aux professionnels.*, décembre 2016. Les intertitres sont de la rédaction.

● Voir aussi : Laval C. Les adolescents (et ce qu'ils ont de) difficiles. *Les Cahiers de Rhizome*, avril 2016, n° 59 : p. 5-85.

Consommation d'alcool et grossesse

Viêt Nguyen-Thanh,
responsable de l'unité addictions,
Raphaël Andler et
Chloé Cogordan,
chargée d'études scientifiques,
unité addictions,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France,
Jean-Baptiste Richard,
responsable de l'unité enquêtes,
Direction appui, traitements
et analyses des données,
Santé publique France.

À l'occasion de la Journée mondiale de sensibilisation au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) qui s'est tenue le 9 septembre 2018, Santé publique France :

- publie pour la première fois une estimation nationale des troubles causés par l'alcoolisation fœtale diagnostiqués chez les nouveau-nés ;
- présente les résultats du *Baromètre santé 2017* sur la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- déploie, à partir du 9 septembre et durant un mois, une campagne nationale d'information dans la presse et sur le web, à la fois auprès du grand public et auprès des professionnels de santé : toute consommation d'alcool pendant la grossesse est susceptible de présenter un risque, imposant le principe de précaution « zéro alcool pendant la grossesse ». Cette campagne est déclinée dans les départements d'outre-mer (DOM).

Boire de l'alcool pendant la grossesse est toxique pour le fœtus et peut entraîner diverses complications (retard de croissance, atteintes du système nerveux central, malformations...); le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) en est la forme la plus grave. La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant en

France [1]. L'état actuel des connaissances ne permet pas de définir le seuil de consommation d'alcool en-dessous duquel il n'y aurait pas de risque pour le bébé. Ainsi, les autorités sanitaires recommandent par principe de précaution de s'abstenir de consommer toute boisson alcoolisée pendant la grossesse.

Malgré les impacts sanitaire et social de ces troubles, aucune estimation nationale ni aucune comparaison régionale récentes n'étaient à ce jour disponibles. L'étude menée par Santé publique France a permis pour la première fois de mesurer la fréquence des cas de SAF et d'autres conséquences de l'alcoolisation fœtale dans les séjours hospitaliers des enfants durant leur premier mois de vie au niveau national et régional.

Ainsi, en France, entre 2006 et 2013, 3 207 nouveau-nés – soit une naissance par jour – ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale ; et pour 452 d'entre eux – soit une naissance par semaine – un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

Ces chiffres sont sous-estimés, compte tenu de la difficulté de diagnostiquer ces troubles en période néonatale, et ils n'incluent pas les diagnostics posés ultérieurement. Cependant, ils permettent de mieux caractériser le fardeau que représente l'alcoolisation fœtale.

Selon les données du *Baromètre santé 2017* publiées par Santé publique France, la consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas rare en France. En effet, parmi les femmes interrogées, enceintes au moment de l'enquête ou mères d'un enfant de cinq ans ou moins :

- environ une sur dix a déclaré avoir consommé de l'alcool occasionnellement pendant sa grossesse ;
- près de six femmes sur dix ont déclaré avoir été informées des risques de la consommation d'alcool par le médecin ou par la sage-femme les suivant ou les ayant suivies.

Bien que moins élevée qu'en 2010, cette proportion reste importante, puisqu'elle pourrait avoir eu un impact sur près de 90 000 naissances.

Santé publique France a lancé, à partir du 9 septembre 2018 et durant tout le mois, une grande campagne d'information qui repose sur une médiatisation *off-line* ciblant les femmes en âge de procréer, complétée par une campagne digitale d'influence.

La campagne média a pour vocation de promouvoir le principe de précaution en évoquant particulièrement la consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse. Le message est pédagogique, transparent et accessible : « Parce qu'aujourd'hui personne ne peut affirmer qu'un seul verre soit sans risque pour le bébé : par précaution, zéro alcool pendant la grossesse ». Elle est déployée dans les titres de la presse féminine, parentale, people et dans les quotidiens gratuits en métropole, et en affichage dans les départements d'outre-mer (DOM).

Pour les régions ultramarines, Santé publique France renforce la campagne média en proposant aux radios locales des chroniques prêtes à être diffusées.

Le volet digital complète ce dispositif avec un temps fort lors de la journée du 9 septembre et un fil rouge sur tout le mois. Trois influenceurs du web apporteront, à travers des vidéos, une illustration concrète de l'abstinence pendant la grossesse et proposeront des stratégies d'évitement à utiliser.

Le relais est porté par les professionnels de santé, car ils sont des acteurs majeurs pour informer les femmes enceintes et leur entourage des dangers liés à l'alcool, et pour insister sur la recommandation « zéro alcool pendant la grossesse ». Pour les accompagner dans leur pratique, des outils informatifs (affiches et dépliants) sont mis à la disposition du public dans les salles d'attente des professionnels de santé.

Grossesse et prévention de l'alcool
Constat et recommandations

Les femmes ayant des questions concernant la consommation d'alcool au cours de leur grossesse peuvent se tourner vers le dispositif d'aide à distance Alcool Info Service (Tél. : 0 980 980 930 ; Internet : <http://www.alcool-info-service.fr>). ■

Source: communiqué de presse de Santé publique France. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil/Presse/Tous-les-communiqués/Journee-mondiale-du-SAF-premieres-estimations-nationales-des-troubles-causes-par-la-consommation-d-alcool-et-une-campagne-nationale>

Pour en savoir plus

- Andler R., Cogordan C., Richard J.-B., Demiguel V., Regnault N., Guignard R. et al. *Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018 : 10 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1859.pdf>
- Laporal S., Demiguel V., Cogordan C., Barry Y., Guseva Canu I., Goulet V. et al. *Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013* [Synthèse]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018 : 16 p. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-France-entre-2006-et-2013>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Haute Autorité de santé (HAS). *Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage* [Rapport d'élaboration]. Saint-Denis-La Plaine : HAS, 2013 : 44 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/troubles_causes_par_lalcoholisation_foetale_reperage_rapport_delaboration.pdf

BAROMÈTRE SANTÉ 2017 : RÉSULTATS CONCERNANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

L'étude *Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse* souligne que les consommations d'alcool et de tabac pendant la grossesse ne sont pas des comportements rares, même s'ils sont minoritaires en France. Qu'il s'agisse d'une estimation rétrospective sur la dernière grossesse parmi les mères d'enfants de cinq ans ou moins, ou d'une estimation au sein des femmes enceintes au moment de l'enquête, la consommation – ne serait-ce qu'occasionnelle – d'alcool pendant la grossesse était déclarée par environ une femme sur dix en 2017. Cette proportion reste importante puisqu'elle pourrait avoir eu un impact sur plusieurs milliers de naissances. Elle apparaît moins élevée que les dernières estimations faites en 2010 : 23 %, selon les résultats de l'Enquête nationale périnatale, et 32 % selon ceux de l'enquête *Baromètre santé 2010*, dont la méthodologie est comparable à celle utilisée en 2017. Cette diminution pourrait traduire une évolution des comportements des femmes enceintes en lien avec les actions de prévention réalisées depuis 2010. Il est cependant possible que les actions de communication, renforcées depuis 2015 sur le sujet, aient également rendu plus difficile le fait d'admettre sa consommation d'alcool, renforçant le biais de désirabilité sociale et entraînant une plus grande sous-déclaration de la consommation d'alcool pendant la grossesse [...]

Ces résultats [également concernant le tabac, *NDLR*] rappellent l'importance de la prévention des consommations de substances psychoactives pendant la grossesse. Notamment, les pratiques préventives des médecins et sages-femmes pourraient être renforcées. En effet, environ quatre femmes enceintes ou mères de jeunes enfants sur dix ont déclaré ne pas avoir été informées des risques de la consommation d'alcool et de tabac par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivies durant leur grossesse. [...]

Ces données sont cohérentes avec celles d'autres enquêtes récentes : l'Enquête nationale périnatale 2016 a également révélé qu'un nombre conséquent de femmes n'avaient pas été interrogées sur leurs consommations d'alcool et de tabac pendant le suivi de grossesse. Une étude réalisée en 2015 auprès des médecins généralistes français montrait que les médecins n'abordaient pas

systématiquement la question des consommations d'alcool et de tabac avec leurs patientes enceintes.

Le pictogramme rappelant les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse et figurant sur les bouteilles de boissons alcoolisées était connu par 62 % des 18-75 ans (femmes et hommes). Cette proportion semblait en hausse par rapport à 2015 (54 %), après une baisse entre 2007 et 2015 (de 62 % à 54 %), même si les différences dans les méthodes d'enquête invitent à une certaine prudence dans les comparaisons. Parmi les femmes enceintes et les mères d'enfants de cinq ans ou moins ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête, la notoriété du pictogramme s'élevait à 87 %. Les travaux visant à augmenter la taille de ce pictogramme, annoncés dans le cadre du Plan priorité prévention du gouvernement, devraient permettre d'améliorer sa visibilité et son impact.

Limites

Les auteurs de l'étude soulignent que l'ensemble des données sur lesquelles s'appuient leurs analyses proviennent d'une enquête déclarative qui traite de sujets potentiellement sensibles ; il est donc raisonnable d'envisager l'existence de biais de désirabilité sociale dans les réponses. Les estimations provenant d'études se fondant sur des données biologiques suggèrent des proportions bien plus élevées de consommation d'alcool pendant la grossesse avec un écart important entre les données déclaratives et biologiques, tandis que les différences seraient non significatives concernant la consommation de tabac [...]. Enfin, étant donné le faible nombre de femmes enceintes dans l'échantillon, les estimations au sein de ce groupe, présentées dans ce document, ont valeur d'ordre de grandeur.



En juin 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé a lancé sa stratégie nationale de soutien à la parentalité. Cette stratégie intervient dans une volonté de réinterroger les dispositifs de pilotage des différentes instances de soutien à la parentalité (tels que les points info famille ou les contrats locaux d'accompagnement à la parentalité). Les orientations présentées dans ce rapport s'organisent autour de plusieurs axes : l'accompagnement des familles, les possibilités de relais parental et de répit en famille, l'amélioration des liens entre famille et école, la prévention des conflits, les enjeux du soutien par les pairs. Le contexte et les enjeux de chaque orientation sont définis, enrichis d'exemples d'actions menées et des conditions de leur réussite, ainsi que des perspectives de travail pour les parties prenantes.

Laetitia Haroutunian

Ministère des Solidarités et de la Santé. *Dessine-moi un parent. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022*. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 : 63 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf

Autres lectures

Rubrique préparée par Laetitia Haroutunian et Sandie Boya

Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois vivant à domicile

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) présente une analyse des facteurs de risque pouvant être associés aux chutes chez les seniors québécois vivant à domicile, à partir de l'enquête *Vieillesse en santé* par Statistique Canada en 2008-2009.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois vivant à domicile*. Québec : INSPQ, mars 2018 : 25 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2347_chutes_aines_quebecois_domicile.pdf

Dossier : Des interprètes pour mieux soigner

Ce dossier, paru dans la revue *L'Autre*, regroupe des contributions issues du colloque des 8 et 9 décembre 2016, intitulé « L'interprétariat en santé : traduire et passer les frontières », organisé à l'université de Bordeaux. Ces interventions abordent la question des rôles de l'interprète et du personnel soignant dans les situations de prise en charge des usagers ; elles présentent également une expérience de médiation dans le domaine des services sociaux et de santé.

Claire Mestre, Laurence Kotobi (coord.) *Dossier : Des interprètes pour mieux soigner*. *L'Autre*, 2017, vol. 18, n° 3 : p. 270-315.

Relation de soin et handicap. Pour une approche humaine et éthique de situations complexes

Destiné aux étudiants des filières paramédicales, aux formateurs et aux soignants, cet ouvrage aborde la question de la complexité des échanges humains dans la relation de soin et le handicap. Au-delà du modèle purement médical, l'auteur s'interroge sur la démarche éthique dès lors que le professionnel souhaite améliorer l'accompagnement au quotidien de la personne handicapée.

Patrick Sureau. *Relation de soin et handicap. Pour une approche humaine et éthique de situations complexes*. Paris : Seli Arslan, 2018 : 144 p., 20 €.

L'Institution PMI. Entre clinique du sujet et politique publique

Cet ouvrage propose une nouvelle lecture de l'institution protection maternelle et infantile (PMI). Les auteurs – dont un médecin et un psychosociologue – retracent d'abord la genèse de cette structure, née dans un contexte de lutte contre la mortalité infantile et qui a peu à peu évolué vers des questions sociétales liées à la recherche du bien-être de l'enfant et de la mère. Ils présentent ensuite une analyse des instances de gouvernance et de la place qu'occupe la PMI dans les politiques publiques, ainsi que des différents dispositifs en œuvre dans

les différentes régions. Enfin, l'ouvrage analyse les modalités d'interventions, leurs « espaces de rencontre » et leurs acteurs, dont ils soulignent la pluridisciplinarité.

Eliane Djaoui, Françoise Corvazier. *Préface de Pierre Suesser. L'Institution PMI. Entre clinique du sujet et politique publique*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018 : 210 p., 26 €.

La coûteuse inégalité des soins. Soigner mieux, soigner moins cher

Cet ouvrage, écrit par un médecin économiste et un économiste de la santé, souligne les inégalités de soins sur le territoire national, sur le plan de l'accès et celui de la qualité. Comment, dès lors, résoudre cette situation inégalitaire ? Pour y répondre, les auteurs présentent 20 études de cas et analysent « comment interagissent [...] des forces économiques, mais aussi sociologiques, éthiques, ethnologiques et politiques », et ils proposent des pistes de solutions.

Roland Cash, Jean de Kervasdoué. *La coûteuse inégalité des soins. Soigner mieux, soigner moins cher*. Paris : Economica, 2018 : 172 p., 19 €.

L'efficacité des mises en garde sur les contenants de boissons sucrées en promotion de la saine alimentation

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) propose une synthèse d'évaluation de l'efficacité des messages de mise en garde, présents sur les contenants de boissons sucrées. Les auteurs ne disposant que de peu de littérature scientifique sur les emballages de boissons, la synthèse a été réalisée à partir de littérature évaluative internationale sur les contenants de boissons alcoolisées et de tabac. Les résultats indiquent plusieurs effets positifs, dont une diminution de l'attrait pour ces produits et une modification des comportements des individus, une acceptabilité sociale forte, une diminution de la banalisation de leur consommation.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *L'efficacité des mises en garde sur les contenants de boissons sucrées en promotion de la saine alimentation. Synthèse de connaissances*. Québec : INSPQ, 2018 : 86 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2386_efficacite_mises_garde_contenants_boissons_sucrees.pdf

Politiques sociales et de santé. Comprendre pour agir. 3^e édition

La troisième édition de cet ouvrage propose une mise à jour concernant les politiques sociales en France selon deux axes : celui des interventions des pouvoirs publics et celui des professionnels de l'action sanitaire et sociale. [Source : EHESP. <https://www.presses.ehesp.fr/produit/politiques-sociales-et-de-sante/>]

Yvette Rose Rayssiguier, Gilles Huteau. *Politiques sociales et de santé. Comprendre pour agir*. 3^e édition. Rennes : EHESP, coll. *Références Santé Social*, 2018 : 790 p., 36 €.

Entre vieillir et **BIEN** vieillir il suffit d'un clic.



www.pourbienvieillir.fr

Un site internet pour profiter pleinement de votre retraite, parce qu'il n'y a pas d'âge pour se faire plaisir.

Réf. Revue NS12-445-18R



Les caisses de retraite et Santé publique France vous aident à bien vivre votre âge

