

numéro 385

Septembre-Octobre 2006 - 6 €

LA Santé

de l'homme



Ruralité et santé

Soutenir les jeunes

oubliés de
la prévention

Enfants : le jeu,
un outil d'éducation
du patient

Entreprise :
gérer le risque
alcool

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes
www.inpes.sante.fr

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

LA Santé
de l'homme

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

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

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

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
Qualité de vie : **Christine Ferron**
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Christine Gilles et Florence Rostan**
<christine.gilles@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
Rubrique internationale : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Soraya Berichi (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Laure Carrère, Dr Michel Dépinoy (INPES), Alain Douiller (Codes du Vaucluse), Annick Fayard (INPES), Christine Ferron (Hôpital de jour Montsouris du Cerep), Laurence Fond-Harmant (CRP-Santé, Luxembourg), Sylvie Giraud (Fédération nationale de la Mutualité française), Marie-Claude Lamarre (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), Anne Laurent-Beq (GRES Médiation santé), Éric Le Grand (conseiller), Claire Méheust (INPES), Colette Ménard (INPES), Félicia Narboni (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), Bernadette Roussille (Inspection générale des affaires sociales), Élodie Stanojevich (INPES), Dr Stéphane Tessier (Crésif), Sarah Vozelle (Codes Meurthe - et-Moselle).**

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs – Tours**
ADMINISTRATION
Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 4^e trimestre 2006.
Tirage : 10 000 exemplaires.

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



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

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

Rédigée par des professionnels

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

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.
- Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, N° 371.
- Améliorer la prévention des cancers, N° 375.
- Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? N° 376.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Joindre copie R^e/V^e de la carte d'étudiant

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 385

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France

sommaire

numéro 385

Septembre-Octobre 2006

► Qualité de vie

Soutenir les jeunes qui restent en marge de la prévention

Denis Dangaix 4

Promouvoir la santé des jeunes : « Donnons-nous les moyens de l'expérimentation »

Entretien avec Geneviève Noël 6

► Éducation du patient

Maladies chroniques : l'éducation du patient enfant passe par le jeu

Julie Pelicand 8

Dossier

Ruralité et santé

Éditorial

Vers un service public de promotion de la santé sur l'ensemble du territoire

Annie-Claude Marchand 12

Contexte et spécificités de la promotion de la santé en milieu rural

Le rural à l'épreuve de la diversité des territoires

Olivier David 13

La réduction des inégalités de santé passe par une approche territorialisée

Bernadette Lemery, Alain Trugeon 16

Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural

Lucette Barthélémy, Annie-Claude Marchand 19

Quelle éducation pour la santé exercer en milieu rural ?

Françoise Maitre 22

La Mutualité sociale agricole revendique une culture territoriale de prévention

Dominique Oriol 24

Familles Rurales : acteur de la santé sur le territoire

Béatrice Magdelaine 26

Territoire et participation, des moteurs de la promotion de la santé en milieu rural

Manche : face à la crise, une action communautaire de promotion de la santé

Jean-Marc Soulard, Amélie Pihan, Jean-Luc Veret, Nathalie Lesplingard 28

Sarthe : des groupes d'entraide pour prévenir le suicide

Angélique Pineau 29

Des « ateliers du bien vieillir » pour les seniors en Picardie

François Frété 30

En Haute-Vienne, les cantons font cause commune pour l'équilibre nutritionnel

Martine Pellerin 31

Prévention des accidents de la vie courante chez les 3-10 ans en Aveyron

Béatrice Magdelaine, Patrick Carrière 31

Un chauffeur pour les personnes âgées

Béatrice Magdelaine, Yveline Lambert, Carine Vallée 32

Aveyron : dépistage itinérant du cancer du sein

Patrick Carrière, Béatrice Magdelaine 33

Gironde : des groupes de parole autour de la mémoire et du soutien familial

Gabriela Pig-Lagos 33

Maison familiale rurale : un lieu de promotion de la santé en région Bourgogne

Jacques Ganne 34

Un appel à projets pour mieux vivre en milieu rural

Dominique Oriol 35

Enseignement agricole : prévention des conduites addictives en Alsace

Élisabeth Fellingier 35

Des points d'accueil et d'écoute pour les familles en zone rurale

Cécile Aubert, Béatrice Magdelaine 36

La Charente forme les aides à domicile à la nutrition

Christelle Archer, Stéphanie Albert 37

Des communes landaises accompagnent leurs habitants vers l'équilibre nutritionnel

Sylvie Ramis 38

Languedoc-Roussillon : le personnel hospitalier formé à l'éducation pour la santé du patient

Alessandra Pellechia, Delphine Couralet 38

Prévenir les risques tabac-alcool, de l'école primaire à l'entreprise

Laurent Konopinski 39

Personnes âgées : partager des repas pour rompre l'isolement

Sabrina Ragnatela 40

« Fumer n'est pas jouer »

Dominique Oriol 41

Quelques ressources documentaires 41

► La santé en chiffres

Alcool en entreprise : les difficultés de la prévention

Colette Ménard 42

« Travailler sur le management, l'aide et la prévention »

Entretien avec Jean-Paul Jeannin 46

► Lectures

Olivier Delmer 49

Illustrations : Le retour à la terre de Jean-Yves Ferri et Manu Larcenet, éd. Dargaud 2006.



LA Santé
de l'homme

Soutenir les jeunes qui restent en marge de la prévention

La Fondation de France cofinance des actions de promotion de la santé des jeunes sur le territoire français. Les programmes innovants qui accompagnent les jeunes les plus en difficulté vers l'accès aux soins et l'information sur la prévention sont classés prioritaires. Les principaux partenaires de la Fondation sur le terrain sont les associations, maisons de quartiers, missions locales et autres structures spécialisées dans l'accueil des 12-25 ans.

La Fondation de France, association indépendante et privée, soutient des actions dans plusieurs domaines d'intérêt général au rythme des fonds que des donateurs lui confient. Outre son siège national, situé à Paris, elle est implantée sur le territoire via sept délégations¹ qui forment une organisation au plus près du terrain et des acteurs bénévoles qui structurent les projets (voir encadré page 5). La Fondation aide les personnes en difficulté en soutenant des projets concrets et innovants qui « répondent aux besoins sans cesse en évolution de la société », indique-t-on au siège de l'association. La solidarité, la recherche médicale, la culture, l'environnement, l'enfance et, bien sûr, la santé sont au menu des programmes

d'action qu'elle soutient, seule, parfois en complémentarité avec d'autres fondations créées par des mécènes.

Parmi ses actions, un programme spécifique intitulé « Santé des jeunes » a pour objectif prioritaire de favoriser l'accès des jeunes à la prévention et aux soins. Dans les différentes régions où ce programme est décliné (voir l'encadré page 7), l'objet est de « favoriser la compréhension des problématiques liées à l'adolescence et la connaissance des dispositifs de prévention et de soin », comme l'indique Geneviève Noël, responsable du pôle santé au siège national de la Fondation. Il s'agit de « faciliter la rencontre et l'accueil des jeunes en difficulté ou en questionne-

ment à propos de leur santé et encourager l'émergence et la réalisation de projets novateurs, qui permettent notamment aux jeunes d'être acteurs de leur propre santé ». Concrètement, les projets qui bénéficient d'un financement mettent en œuvre des actions de promotion des comportements favorables à la santé et (ou) de prévention des conduites dangereuses : comportements addictifs ou violents, accidents sur la voie publique, troubles alimentaires, etc. Ou encore la sensibilisation et (ou) la formation des adultes, parents, professionnels ou acteurs bénévoles aux questions de santé relatives à l'adolescence.

Centres sociaux et missions locales

Ce programme est décliné par les différentes délégations régionales. Ainsi, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Picardie, le programme « Promouvoir la santé des jeunes », a-t-il été lancé en 2004, avec le soutien d'autres organismes : la Fondation J.-M.-Bruneau et la Fondation Enfandises. Ce programme a été mis en œuvre sous forme d'un appel à projets afin de partir des réalités locales ; dans un premier temps, cet appel à projets portait le nom de « Santé des jeunes : sensibilisation, formation, information ». S'inscrivant dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS), il sollicitait les structures relais (missions locales, lycées professionnels, conseils généraux, comités départementaux d'éducation à la santé, etc.) qui s'adressent aux jeunes de 12 à 25 ans, souhaitant ainsi associer la thématique santé aux nombreux accompagne-

ments existants. Vingt projets en régions Picardie et Nord-Pas-de-Calais ont été présentés au comité de sélection de la délégation. « *Nous avons réussi à activer un réseau diversifié de professionnels et d'acteurs associatifs* », explique Philippe Macquet, directeur de la Délégation Nord-Pas-de-Calais/Picardie de la Fondation de France. Cette mobilisation est selon lui la preuve que « *de nombreux acteurs de santé et de prévention sont à la recherche de moyens pour réaliser leurs actions* ». Huit centres sociaux, trois maisons de quartier, quatre missions locales pour l'emploi, un atelier relais dépendant de centres de formation des apprentis, deux lycées ont présenté des projets pour améliorer l'information santé en direction des jeunes. Puis, en 2005, le programme s'est, au-delà de l'information, élargi à l'éducation pour la santé au sens large et est désormais intitulé « *Promouvoir la santé des jeunes* » ; parmi les soixante-quatre projets présentés, trente-quatre ont été financés. Comme le souligne Philippe Macquet, la plupart ont pour point commun de traiter de la prévention, de l'accompagnement vers le soin, du rapport à la loi, d'accompagner l'envie de ces jeunes de s'en sortir et ce, dans un environnement social dégradé et donc « *des conditions difficiles pour la réalisation des actions* ».

Jeunes particulièrement vulnérables

Parmi les projets soutenus, figure celui développé par la maison du quartier de Moulins, à Lille, portant sur la promotion de la santé des jeunes de 6 à 25 ans. Moulins est un quartier populaire en cours de réhabilitation et nombre de ses habitants disposent de revenus modestes, synonymes de difficultés pour les jeunes. « *Familles monoparentales, squats d'immeubles, jeunes en situation d'échec, utilisation des mineurs pour le passage de drogue sont quelques-unes des caractéristiques de ce quartier* », soulignent les initiateurs du projet. En lien avec une action intitulée « *Altradrogue* », déjà mise en place sur ce quartier auprès des 6-11 ans avec le service de prévention santé du conseil général, la maison de quartier a souhaité poursuivre avec les jeunes de plus de 12 ans, qui entrent dans la phase d'adolescence. « *Ces jeunes sont vulnérables et en recherche d'autonomie, ils sont particulièrement influençables* », poursuivent les responsables de la maison de

quartier. Cette action devrait permettre de faire le lien avec une action menée en direction des 16-25 ans, qui a pour objectif de prévenir toute conduite à risques. Écoute, partage, échanges, évaluation ludique, etc., une panoplie de moyens est mise à disposition, avec une coordinatrice santé à la manoeuvre. Ce projet associant étroitement les jeunes et privilégiant une approche globale est financé par la Fondation à hauteur de 3 500 euros.

Un capital santé

Même contexte à Louvroil, commune du Nord. Dans les années quatre-vingt-dix, cinq mères de famille prennent contact avec le centre socio-culturel et tentent d'alerter les autorités du danger grandissant représenté par la toxicomanie (usage de drogues dures), qui faisait des ravages dans le quartier. Ces mères ont constitué un collectif qui, au cours des années, s'est agrandi. Plusieurs actions de prévention ont été menées en direction des jeunes de 16 à 25 ans ; elles ont en particulier permis de faire apparaître chez ces jeunes une forte méconnaissance de leurs droits, l'absence de soins (contrôle médical, soins dentaires), le manque de

couverture sociale, les prises de risque liées à la consommation d'alcool, une exposition importante aux maladies sexuellement transmissibles. La Fondation soutient un programme de promotion de la santé mis en place depuis 2005 auprès de ces jeunes, l'objectif est d'amener 30 % d'entre eux – dans le cadre d'un accompagnement pour une meilleure insertion – à prendre conscience de leur capital santé et à mieux se prendre en charge. L'action est basée sur l'accompagnement, l'information, la prévention et l'orientation vers un dépistage. Une douzaine de bénévoles travaillent, dans le cadre de ce projet, en lien étroit avec le centre de prévention santé, la caisse régionale d'Assurance Maladie et la municipalité. Ce projet a obtenu un financement à hauteur de 6 100 euros de la part de la Fondation de France.

Enfin, autre exemple, en région Picardie, l'association « *Accueil et Promotion* » de la ville de Saint-Quentin promeut et favorise les services, institutions d'éducation populaire, d'action sociale ou culturelle, particulièrement auprès des adolescents et adultes. Le projet ici proposé concerne l'informa-

Philippe Macquet : profession bénévole

« *Je suis bénévole, à la retraite, à la délégation régionale Nord-Pas-de-Calais/Picardie de la Fondation de France et référent de la santé des jeunes et je vis un moment formidable.* » Depuis trois ans, Philippe Macquet, médecin, consacre beaucoup de temps à la Fondation, dont il connaît particulièrement bien les méthodes de travail : auparavant directeur de la Maison régionale de la promotion de la santé basée à Lille, il montait des projets en partenariat avec la Fondation. Humaniste, recherchant le contact et les actions concrètes, il insiste tout particulièrement sur le concept de « *s'en sortir ensemble* ». En d'autres termes, les jeunes vont trouver la volonté de s'en sortir, d'avancer... si on les aide : « *Je crois en leur capacité de participer de façon active, à leur niveau, à leur propre dynamique santé*, explique-t-il. *Arrêtons la compassion et participons à une politique du bien-être !* »

Peut-on apprendre à vivre dans un monde hostile ? interroge cet ancien médecin généraliste de Roubaix. Dans sa pratique, il a souvent été confronté à des personnes victimes des ravages de l'alcool « *dans une ville qui n'avait rien* ». Et c'est cela, dit-il, qui l'a fait « *verser vers la santé publique* ». D'où cet engagement, cette détermination, ce sentiment que « *l'on peut toujours faire quelque chose* ». Heureux dans son activité bénévole de retraité, il ne considère d'ailleurs pas son activité comme un travail, au grand dam de son épouse. Ce qui lui importe c'est d'« *aller à l'essentiel* ». Et de dresser un parallèle avec son activité de médecin conseiller lorsqu'il était à la Mission de lutte contre la toxicomanie (Mildt), de 1988 à 1991 avec Catherine Trautmann, ancienne ministre et ex-maire de Strasbourg.

Outre son engagement à la Fondation, Philippe Macquet est président des réseaux des actions locales de santé dans le Nord-Pas-de-Calais. Il souligne qu'il faut développer les programmes de santé communautaire ainsi que l'évaluation des projets. « *Pas celle des indicateurs quantitatifs*, dit-il, *mais dans la qualité, secteur de découvertes, de contacts et de suivis.* » Il est également membre du conseil d'administration de l'Institut Théophraste-Renaudot. Un engagement pluriel autour d'un même objectif : promouvoir la santé des autres.

D.D

tion sur la santé et l'accès aux soins auprès de résidents dans un foyer de jeunes travailleurs grâce à la mise en place tous les quinze jours d'« ateliers repas » : des intervenants – éducateurs, médecins de prévention des toxicomanies, infirmières du centre d'aide à l'arrêt du tabac, sociologues de l'association Antenne-santé – sont conviés pour informer et dialoguer. On y parle donc accès aux soins, contraception, mal-être, tabac, nutrition, etc. Cette action a reçu un soutien de la Fondation à hauteur de 2 000 euros.

Éloignés des lieux de prévention

Ces exemples parmi d'autres illustrent la richesse du maillage social et

associatif territorial, ainsi que les actions concrètes qui en découlent. Pour Philippe Macquet, ce maillage traduit une mobilisation, un refus de la fatalité devant les difficultés, ce qu'il qualifie d'« envie de s'en sortir ». Toutes ont pour point commun d'apporter un soutien aux jeunes en situation de précarité, en passant par les professionnels qui sont confrontés de façon aiguë à ces jeunes en souffrance. La Fondation de France souligne qu'elle porte une attention forte « aux projets émanant de territoires particulièrement éloignés des lieux de prévention et de soins comme les zones périurbaines ». Des projets qui « impliquent des jeunes ou des adultes dans l'élaboration même des actions, qui favorisent sur un même territoire

– ou au sein d'une même collectivité – l'émergence d'une culture commune à différents publics ». Le programme « Promouvoir la santé des jeunes » se poursuit et, dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie, soixante et un projets étaient, en octobre 2006, en cours d'examen dans le cadre d'un nouveau financement.

Denis Dangaix

1. Nord/Pas-de-Calais/Picardie, Lorraine/Alsace, Bretagne, Pays de la Loire, Aquitaine, Provence-Côte d'Azur, Rhône-Alpes.

Pour plus d'informations : www.fdf.org

Entretien avec Geneviève Noël, responsable du programme « Santé des jeunes » à la Fondation de France

Promouvoir la santé des jeunes : « Donnons-nous les moyens de l'expérimentation »

La Santé de l'homme : Le programme « Santé des jeunes » accorde une place importante aux actions de prévention et à l'éducation à la santé. Pourquoi cet engagement ?

Geneviève Noël : Notre action de soutien aux initiatives favorisant la sensibilisation, voire la formation, des adultes – comme des jeunes eux-mêmes – aux problématiques liées à l'adolescence est au cœur de ce programme de la Fondation de France depuis 1995, date de son lancement. Ce programme est en effet centré sur la prévention. Cette impulsion a été fortement encouragée à l'époque par notre comité d'experts, qui, sous la présidence du professeur Philippe Jeammet¹, nous a alertés sur une double nécessité : d'une part, favoriser une meilleure compréhension de ce qui se joue à l'adolescence et, d'autre part, soutenir des projets porteurs d'intérêt et de sens. Ces projets doivent répondre aux besoins de santé des adolescents et favoriser l'engagement des adultes à leurs côtés.

Dans le domaine de la santé, comme dans d'autres, la Fondation s'engage à valoriser les initiatives intéressantes et ainsi développer les échanges entre les porteurs de projets. C'est le cas du réseau national des espaces santé jeunes. La Fondation de France applique depuis plus de quarante ans ce que souhaitaient ses fondateurs : être un éclairer social, avoir un rôle et une place particulière de vigie, mais aussi de pionnier quant à l'expérimentation dans les domaines de la santé, du social, de la culture, de l'environnement.

S. H. : Ce programme fait remonter de nombreuses initiatives des régions. Quelles actions privilégiez-vous ?

Un chiffre est significatif de notre engagement : de 1995 à 2005, la Fondation de France a, dans le cadre du programme « santé », subventionné 1 116 projets pour un montant de plus de 6 millions d'euros. Notre action est nationale et relayée par nos sept délégations régio-

nales. Les initiatives que nous encourageons sont très hétérogènes. Il peut s'agir de l'organisation d'une semaine santé dans telle ville où les acteurs de terrain, professionnels de la prévention et du soin, font le constat d'une insuffisante prise en compte de certaines difficultés de santé vécues par les jeunes. Ou encore de la préparation d'un cycle de formation à la problématique suicidaire pour un collectif d'un réseau de soin. Nous sommes à l'écoute de tous ceux qui se mobilisent pour faire avancer les choses. Je pense que la promotion de la santé doit être l'affaire de tous. C'est un vrai chantier en continue évolution et un chemin ponctué d'incertitudes.

S. H. : Quel est votre regard sur la santé des jeunes ? Plutôt optimiste ?

Faut-il et peut-on être optimiste si l'on considère la santé des jeunes aujourd'hui ? Je crois qu'il nous faut rester très vigilants. Car si certains troubles, certaines pathologies, carences sont mieux

reconnus, appréhendées et traitées, d'autres restent très problématiques. Par exemple, les troubles du comportement alimentaire pour lesquels la prise en charge et le suivi des jeunes qui en souffrent restent très insuffisants. Ou encore la question des addictions nous préoccupe beaucoup. Et, bien évidemment, puisque nos programmes concernent les publics les plus en difficulté, les jeunes des quartiers sensibles ou des territoires isolés font partie des axes de nos programmes futurs. Heureusement, d'autres chantiers avancent. Ils témoignent certes d'une plus grande inquiétude mais aussi d'un plus grand engagement tant des porteurs de projets que des pouvoirs publics. Restons donc en alerte et donnons-nous les moyens de l'expérimentation, de l'évaluation et de l'essaimage. Gardons-nous de trop de certitudes et restons ouverts à des enseignements, des éclairages que peuvent nous apporter ces expériences. La Fondation de France est un des acteurs pour relever ce défi.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. Sous la direction du professeur Philippe Jeammet, la Fondation de France a édité, en 1995, « Adolescents ». Disponible aux éditions La Découverte.

Pour en savoir plus :
santedesjeunes@fdf.org

Promouvoir la santé sur tous les terrains

« La Fondation de France se montre ouverte et attentive à l'innovation, l'audace même, en matière d'expérimentation sociale », explique Geneviève Noël. Voici quelques exemples parmi les projets aidés au cours de l'année 2005-2006.

L'association Atrium anime des activités culturelles et sportives de jeunes du quartier nord de Tarbes (Hautes-Pyrénées), territoire où le taux de précarité est le plus important de la région. Le projet consiste en la découverte de l'univers montagnard pour des adolescents de 14 à 20 ans dont 70 % sont d'origine maghrébine. Durant deux ans, tous les mercredis après-midi, les adolescents, notamment les jeunes filles (trente filles pour dix garçons), apprendront à vivre ensemble, à évoluer dans un environnement loin de l'urbain. Ces jeunes réalisent des « carnets de rando », suite de découvertes à l'aide de diverses techniques artistiques (peinture, dessin, collage, portraits, photos...) ; ces découvertes passent par des rencontres, ce qui leur permet d'entrer dans la mixité sociale. Le projet est ainsi défini : « Valoriser la rencontre, réinterroger les rôles et le respect de son corps. » Le parc national des Pyrénées et ses gardes sont partenaires de cette action. Le soutien de la Fondation a permis de lancer l'activité et démarcher ensuite de nouveaux partenaires. En avril 2007, les quarante jeunes exposeront leurs carnets de voyage.

Autre exemple de projet soutenu financièrement dans une autre région, la mission locale du Pays niortais, basée à Niort, dans les Deux-Sèvres, est confrontée quotidiennement aux effets de l'augmentation de la consommation de boissons alcoolisées chez les jeunes de 16 à 25 ans. Leur projet, financé par la Fondation, consiste en la réalisation par huit jeunes d'un court-métrage de prévention sur l'alcoolisme et ses dangers. L'objectif est simple : amener le public de la mission locale à réfléchir sur leur mode de consommation. Les huit jeunes ont participé au projet : de l'initiation à la vidéo puis au jeu d'acteur jusqu'au montage et à la diffusion. Les professionnels de la mission locale soulignent l'effet d'enclenchement de parcours d'insertion sociale et professionnelle pour les jeunes impliqués dans le projet. Cela veut dire permettre aux jeunes de sortir de leur isolement, de s'investir dans une activité valorisante et de travailler en équipe mais aussi de faire un travail de socialisation.

Toujours dans l'ouest de la France, l'association Granville-Santé, dans la Manche, souhaite former des professionnels du secteur médico-social au risque suicidaire chez les jeunes. Ce département est, en effet, l'un des plus touchés par le suicide, qui provoque davantage de décès que les accidents de la route. Entre 1995 et 2000, l'initiative « Suicide, un appel à vivre », qui s'est déroulée dans le cadre du programme régional de santé de Basse-Normandie, a permis le développement de nombreuses actions de prévention. Les formations dispensées par Granville-Santé s'adressent à des professionnels de secteurs divers afin qu'ils puissent savoir mieux repérer les personnes qui présentent un risque suicidaire.

D.D

Maladies chroniques : l'éducation du patient enfant passe par le jeu

Julie Pelicand, médecin et conseillère en éducation thérapeutique, utilise le jeu dans les programmes d'éducation du patient qu'elle mène auprès d'enfants diabétiques. Parfois négligé par les soignants, le jeu fait partie intégrante de l'éducation du jeune patient. Il permet à l'enfant d'assimiler des notions qui vont lui permettre de mieux prendre en charge sa maladie, de développer son autonomie. Utilisé dans beaucoup d'établissements hospitaliers, le jeu est aussi un « outil de séparation entre soi et la maladie ». Fondements théoriques et analyse pratique.

L'éducation du patient fait partie intégrante des soins de l'enfant ayant une maladie chronique. Au travers de l'éducation, une prise en charge de la maladie est encouragée afin d'éviter les complications aiguës et chroniques mais également pour développer l'autonomie de l'enfant. Lorsque le diagnostic de maladie chronique est posé, les enfants avec leurs parents sont confrontés à la difficulté d'acquiescer de nouvelles responsabilités qui ne correspondent pas toujours aux capacités liées aux stades de développement psychomoteur, cognitif et moral des enfants.

Pour tout programme d'éducation du patient destiné à des enfants, les professionnels de santé doivent prendre en compte plusieurs caractéristiques de l'enfant, notamment son âge, mais aussi ses besoins, ses goûts, etc., pour adapter les techniques pédagogiques et les différents objectifs du programme. Les recommandations de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) (1) ainsi que la description de compétences (2) permettent de construire un programme d'éducation visant des objectifs répondant à des compétences de différente nature : de savoir et de savoir-faire (cognitives) et d'expression (psychosociales). Pour pouvoir développer des compétences cognitives, les objectifs doivent être adaptés aux capacités cognitives et d'apprentissage des enfants. Dès le jour de la découverte de sa maladie, l'enfant ne maîtrise plus ce qui l'entoure, ce qui lui arrive. Il va progressivement apprendre les gestes

de soins avec ses parents. Ses connaissances vont évoluer avec son âge, tout comme ses représentations de sa maladie et de son traitement.

Cependant, le vécu psychosocial de la maladie est difficile à aborder avec les enfants. Il varie aussi avec le stade de développement mais pas seulement. L'annonce de la maladie est un événement « traumatisant ». L'enfant n'a plus confiance en lui-même, ni en son entourage. Il se sent impuissant face à la maladie et au traitement. Toutes ces émotions sont difficiles à exprimer. Il est important que l'enfant puisse mettre des mots sur sa maladie et ses contraintes. Il faut l'aider à exprimer ce qu'il ressent (3). Afin de répondre particulièrement à ces besoins d'expression et de reprise de confiance et de contrôle sur la maladie et le traitement, les activités éducatives doivent permettre d'identifier les représentations, les désirs, les préoccupations, les craintes et questionnements de l'enfant, de lui faire reprendre confiance pour qu'il puisse prendre part à sa maladie.

De plus, pour mettre en place un programme éducatif, plusieurs prérequis pédagogiques facilitent l'acquisition des différentes compétences chez l'enfant :

- instaurer un climat de confiance autour de celui-ci, notamment avec les professionnels de santé ;
- lui permettre de participer à des activités variées rendant possible un apprentissage ;
- lui fournir les moyens nécessaires à

l'accomplissement de sa tâche et l'encourager dans ses efforts ;

- transformer chaque échec en nouvelles occasions d'apprentissage.

La prise en charge éducative de l'enfant atteint d'une maladie chronique comprend trois aspects : l'apport cognitif avec les connaissances et le savoir-faire, l'expression de l'enfant afin de lui permettre de reprendre confiance et de regagner un certain contrôle sur sa maladie et, enfin, l'aménagement d'un environnement pédagogique adapté et rassurant.

Le jeu comme support éducatif ?

• Le jeu dans les apprentissages

Le jeu est une activité naturelle chez l'enfant. Son rôle dans le processus d'apprentissage et de développement de l'enfant est reconnu depuis plusieurs années par de nombreux pédagogues et psychologues. Il est « *l'activité principale de l'enfant, indispensable à son développement psychologique, sensoriel, cognitif et affectif* » (4). Il permet l'organisation intellectuelle de son monde environnant, de son schéma corporel (5). Il permet aussi de décharger des tensions en étant un espace transitionnel (3) où le « faire semblant » est accessible. Quand il joue, l'enfant agit, est capable de s'exprimer plus librement et se sent moins l'objet d'une attention extérieure.

Une typologie du jeu a été décrite par de Grandmont (6) et Bolduc (7), afin d'identifier plusieurs facettes du jeu

selon les objectifs visés et les modalités de celui-ci :

– le jeu récréatif est un jeu libre et spontané, sans règles, permettant à l'enfant d'explorer son environnement et d'acquérir de nouvelles connaissances de lui-même ;

– le jeu éducatif est un jeu avec des règles prédéfinies adaptées à l'âge de l'enfant, qui développe la négociation et la communication avec les autres. Il permet à l'enfant d'être actif et permet également l'émergence de représentations et de situations particulières. Ce type de jeu rejoint le concept de la « *play therapy* », décrit par Lindquist (8), qui a pour but de permettre à l'enfant d'extérioriser et de communiquer en situation de soins ;

– le jeu éducationnel a, lui, pour but de faciliter un processus spécifique d'éducation. Il privilégie en premier lieu la connaissance acquise par l'enfant et le processus d'apprentissage afin de permettre auto- et hétéroévaluations des nouvelles acquisitions de l'enfant.

Un autre aspect du jeu est la création : « *Si le jeu est essentiel, c'est parce que c'est en jouant que l'enfant se montre créatif et c'est en étant créatif que l'individu découvre le soi.* » (3)

L'enfant, par le jeu, répond à plusieurs de ses besoins : il explore ses propres ressources, se découvre, apprend à organiser et à maîtriser son environnement et peut s'exprimer et communiquer avec les autres. Cependant, l'enfant ne joue pas pour apprendre, il apprend parce qu'il joue (9).

• Le jeu dans les soins chez l'enfant

Le jeu est généralement utilisé dans les services pédiatriques hospitaliers français (10) et permet souvent à l'enfant d'exprimer ses émotions sur des situations de vie difficiles (interventions chirurgicales, maladies aiguës, etc.). Le jeu est également utilisé sur le terrain auprès d'enfants traumatisés (situation de guerre, suites d'un tremblement de terre, etc.). Il s'agit plutôt de jeux éducatifs ou de « *play therapy* ». Souvent l'anxiété, la dépression et les situations émotionnelles sont diminuées à l'avantage des processus d'autonomisation et d'*empowerment*, qui sont, eux, développés (8, 11).

Dans le cadre des maladies chroniques chez l'enfant et des programmes

éducatifs, les techniques ludiques ont donc leur place, même si elles sont peu décrites et évaluées dans la littérature. Les outils souvent cités sont les cédéroms, jeux d'ordinateur, vidéos, jeux de rôle, poupées, livres, chansons, etc.

Pourquoi et comment utiliser le jeu ?

Ces différentes réflexions théoriques sur l'éducation du patient et la place du jeu dans les apprentissages m'ont permis d'argumenter l'utilisation de jeux comme support des programmes éducatifs que je crée et anime, depuis six ans, auprès d'enfants et adolescents diabétiques de type 1.

Chaque programme est structuré en fonction des compétences cognitives et psychosociales visées et plus particulièrement selon des objectifs spécifiques à atteindre, adaptés aux enfants. Il est ainsi mis en place après connaissance des caractéristiques des enfants : âge, connaissances initiales, motivation à apprendre, besoins, préférences de

jeux, d'activités ludiques, etc. Les supports éducatifs sont principalement des jeux créés et choisis en vue d'atteindre les objectifs visés.

Une même technique ludique peut, en elle-même, répondre à plusieurs objectifs de nature différente lors de différents programmes. Par exemple, j'utilise régulièrement le spectacle de marionnettes avec les enfants dans les programmes éducatifs. Dans certains programmes, il est utilisé comme technique d'acquisition de connaissances pour les enfants et répond à des objectifs spécifiques et compétences cognitives. Dans d'autres, il peut être utilisé comme technique d'expression et répondre aux compétences psychosociales (12).

L'évaluation de ces programmes utilisant le jeu et les techniques ludiques comme supports éducatifs a montré leur efficacité auprès des enfants de 10-12 ans, quant à la satisfaction des enfants et à l'atteinte des objectifs et compétences visés (13).

Mais cela ne veut pas dire que le simple fait de jouer va aider les enfants à mieux comprendre leur maladie, mieux s'exprimer et maîtriser l'environnement, encore faut-il que l'objectif visé par le jeu soit celui d'un apprentissage. Le jeu doit être le support des apprentissages. Il est important que l'éducateur comprenne bien que le principal n'est pas de faire jouer les enfants sur leur maladie mais de viser un objectif à atteindre et de s'aider d'un support éducatif ludique pour mieux s'adapter aux capacités et besoins des enfants et adolescents.

Les avantages du jeu en éducation sont multiples.

• Pour l'enfant :

- le jeu est libre et non contraignant. L'enfant s'engage volontairement dans le jeu et donc dans le processus d'apprentissage. Cela implique une meilleure participation de sa part ;
- les enfants atteints de maladie chronique se plaignent souvent de ne pas pouvoir vivre pareillement aux autres enfants car ils doivent toujours apprendre quand les autres peuvent jouer. Permettre aux enfants et adolescents d'apprendre tout en jouant respecte le besoin des enfants de jouer et ainsi d'être comme les autres ;
- par des jeux ou des techniques ludiques connues, l'enfant maîtrise l'environnement de son apprentissage : il connaît déjà les règles, la technique ludique proposée et se sent en confiance. Il est donc important de connaître les goûts ou préférences ludiques ou créatives des enfants ;
- pendant le jeu, la maladie en est l'objet et non le sujet. L'enfant va pouvoir jouer avec elle comme un objet et non plus la subir. Il prend du pouvoir sur elle par le jeu et peut ainsi continuer son processus d'*empowerment* ;
- par le jeu, l'enfant « fait comme si » et ne se met pas personnellement en situation à risque. Il peut expérimenter sans risque certains gestes, décisions. Cela lui permet d'y faire référence, de les reproduire dans ses activités de la vie quotidienne et d'automatiser ses acquis. Le jeu est alors un support de développement et d'apprentissage.

• Pour les soignants :

- souvent les soignants sont réticents à l'idée de jouer car l'activité ludique n'est pas compatible avec le statut de soignant : « *On n'est pas là pour jouer.* »

Cependant, le fait de jouer avec un enfant permet au soignant de se mettre au niveau de l'enfant et de partager un moment avec lui ;

- de plus, pour pouvoir adapter le contenu de l'apprentissage visé à un jeu, il faut l'avoir compris et être capable de l'expliquer simplement à autrui. Le jeu est un bon moyen pour tester ses propres connaissances sur la maladie avant de les transmettre aux enfants ;
- la position du soignant, au cours du jeu ou de l'activité, est celle d'un accompagnant, d'un révélateur. C'est l'enfant qui agit. Le soignant n'est pas le sportif en compétition mais son entraîneur... Il est disponible pendant toute la durée du jeu pour accompagner et aider l'enfant à apprendre ;
- les soignants répondent aux besoins des enfants et des adolescents en proposant une activité ludique comme support des apprentissages mais également en respectant leur souhait d'apprendre. Il est donc important que les objectifs à atteindre lors de la séance soient connus des enfants, afin qu'ils puissent réutiliser ces expériences ludiques ultérieurement dans des situations de la vie quotidienne.

Le jeu est un outil à multiples facettes dans l'éducation des patients enfants : il est un support de développement de l'enfant, un outil de séparation entre soi et la maladie, permettant une prise de contrôle, un objet transitionnel pour expérimenter, un outil de socialisation et de communication avec les autres enfants mais aussi les soignants et un outil d'apprentissage en répétant, en imitant, en s'exerçant et en assimilant le contenu nécessaire à une meilleure prise en charge de la maladie.

Le jeu facilite les apprentissages de l'enfant car il lui permet également d'évoluer en toute confiance dans son environnement, avec les soignants, de participer activement à la prise en charge de sa maladie et de s'exercer en « faisant comme si ».

Alors, à vous de jouer !

Julie Pelicand

Médecin, conseillère en éducation thérapeutique, association

« Aide aux jeunes diabétiques », Paris.

Chercheur, unité UCL-Reso, université catholique de Louvain, Bruxelles.

► Références bibliographiques

- (1) Cnamts, Pernns, Dhos. *Typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète*. Rapport de synthèse, février 2002 : 20 p.
- (2) D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. *Typologie de l'éducation thérapeutique : réflexion méthodologique*. Actualités et dossiers en santé publique, septembre 2001 : 11-3.
- (3) Winnicott D.W. *Jeu et réalité*. London : Routledge, 1982.
- (4) Wallon H. *L'évolution psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin, coll. Cursus, 1995 : 192 p.
- (5) Piaget J. *Psychologie et pédagogie*. Paris : Denoël/Gonthier, 1969 : 249 p.
- (6) de Grandmont N. *Pédagogie du jeu : jouer pour apprendre*. Montréal et Bruxelles : Éditions Logiques, 1995. Issy-les-Moulineaux : De Boeck Université, 1997.
- (7) Bolduc N. *Les jouets : bien les choisir pour amuser et développer son enfant*. Montréal : Éditions de l'homme, 1982.
- (8) Lindquist I. *L'enfant à l'hôpital : la thérapie par le jeu* (titre original : « *Terapi Genom Lek* »).

Issy-les-Moulineaux : ESF, coll. La vie de l'enfant, 1985.

(9) Epstein J. *Le jeu, enjeu*. Paris : Colin Bourrel, 1985.

(10) Sanchez Ovando M. *Ressources éducatives dans l'éducation thérapeutique du jeune patient atteint de maladie chronique*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, université Paris-5, 2006 (non publiée).

(11) Murphy J.E., Landreth G. *The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children*. International journal of play therapy 2002; 11(1) : 117-40.

(12) Pelicand J., Deccache A. *L'utilisation de la marionnette dans les programmes d'éducation du patient de l'enfant atteint de maladie chronique : expériences et implications pour la pratique*. Éducation du patient et enjeux de santé 2006 ; 24, (2) : 41-5.

(13) Pelicand J., Gagnayre R., Sandrin Berthon B., Aujoulat I. *A therapeutic education programme for diabetic children: recreational, creative methods, and use of puppets*. Patient Educ. Couns. 2006; 60(2): 152-63.

Ruralité et santé

Comment pratique-t-on l'éducation pour la santé en milieu rural ? Pour nourrir ce dossier, nous avons demandé au réseau des comités d'éducation pour la santé, à Familles Rurales et à la Mutualité sociale agricole de présenter quelques-unes de leurs actions.

Il en ressort que deux approches – territoriale et participative – sont privilégiées et systématiquement combinées :

- la mobilisation d'un territoire : celle des professionnels qui y travaillent et de la population qui y vit ;
- la dimension participative : forte participation du public à partir d'un travail en réseau des professionnels.

Dans les projets essentiellement basés sur une approche territoriale, ce sont le plus souvent les collectivités de type communes mais aussi les lieux de vie et de soins tels les établissements scolaires et les hôpitaux, qui s'allient pour intervenir auprès des populations. Il est frappant de constater que certaines structures, comme les Maisons familiales rurales et les Relais Familles, spécifiquement créées pour le milieu rural, ont une forte activité de promotion de la santé. Les thèmes les plus souvent traités sont la prévention des conduites addictives auprès des jeunes, le soutien aux personnes âgées (ateliers mémoire, formation des aides à domicile), l'équilibre nutritionnel, le dépistage des cancers, etc.

Quand les actions se sont majoritairement développées sur la base d'une forte participation des habitants, le point commun est le développement de la solidarité pour rompre l'isolement : groupes d'entraide pour prévenir le suicide, chauffeurs bénévoles pour transporter les personnes âgées afin qu'elles puissent prendre ensemble leurs repas, etc. Comme dans la précédente approche, de nombreuses actions privilégient une approche globale de promotion de la santé ; c'est le cas par exemple d'un programme communautaire mis en place dans un canton du département de la Manche en proie à d'importantes difficultés économiques : la population a été interrogée sur ses besoins, puis tous les professionnels de la santé et du social se sont mis autour de la table pour décider des mesures à prendre au profit des 10 000 habitants de ce bassin d'emploi.

Au final, c'est une mosaïque d'analyses et de modes d'intervention qui est présentée dans ce dossier, ce qui reflète bien l'extrême diversité du milieu rural décrite par le géographe Olivier David. Il n'y a pas une mais des ruralités. Les fortes inégalités répertoriées par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé exigent des modes d'intervention au plus près des territoires, selon une méthodologie précise présentée dans ce numéro. Le témoignage d'une directrice d'un comité départemental d'éducation pour la santé, les Ardennes, souligne à quel point la capacité d'écoute et de prise en compte des spécificités d'une population sont un préalable à la mise en place de tout programme de promotion de la santé sur ces territoires ruraux.

Yves Géry

Dossier coordonné par **Béatrice Magdelaine**, chargée de mission prévention santé à Familles Rurales, **Dominique Oriol**, chargée de mission à l'action sanitaire et sociale et aux services aux personnes, Caisse centrale, Mutualité sociale agricole, et le **Dr Annie-Claude Marchand**, chef de département, direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

Avec la participation du **Dr François Freté** (coordonnateur Picardie, MSA Somme), du **Dr Hervé Treppoz** (médecin conseiller technique national, Caisse centrale, MSA) et d'**Angélique Pineau** (journaliste à Familles Rurales).

Vers un service public de promotion de la santé sur l'ensemble du territoire

L'espace rural occupe, en France, une place importante. Défini par l'Insee dans son rapport sur « La structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie »¹ comme un territoire assez peu dense, dont la superficie (l'utilisation du sol) est très fortement consacrée à des espaces agricoles ou à des espaces naturels, il couvre les 4/5 de la surface de la France métropolitaine et plus d'un tiers de la population française y réside. Derrière ces chiffres globaux se cachent des réalités complexes et disparates : certains territoires, plutôt éloignés des grandes unités urbaines, sont en déclin démographique et présentent une proportion élevée de personnes âgées, tandis que d'autres, regroupant des bassins de vie plus proches des villes, ont une dynamique assez forte et accueillent une population plus jeune, composée en particulier d'actifs avec familles et enfants. Du point de vue sociologique, les regards portés sur la société française montrent que les modes de vie urbains et ruraux se rapprochent ; par ailleurs, l'installation en zone rurale de nouveaux habitants fait évoluer les attentes de la population vis-à-vis des professionnels et des services, de santé en particulier.

Le Plan national d'éducation pour la santé, publié par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité en janvier 2001, pose en objectif général l'accès de chaque citoyen à une éducation pour la santé de qualité, quels que soient son statut social et professionnel, l'endroit où il habite, l'école qu'il fréquente, le professionnel de santé qu'il consulte. Chacun doit pouvoir acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie. L'accent est mis en particulier sur le développement d'actions éducatives de proximité, qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettront aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

Il s'agit donc de mettre en place une véritable mission de service public qui s'adresse à la population dans toute sa diversité, avec le souci d'être accessible à chacun ; cette problématique de l'égalité de tous les citoyens devant l'éducation pour la santé prend un sens particulier quand on s'intéresse aux milieux ruraux. Ainsi, par exemple, la question de l'accessibilité géographique aux services et aux ressources se heurte – entre autres difficultés – à la dispersion des populations et des professionnels et à la raréfaction des services et des activités.

« L'égalité de tous les citoyens devant l'éducation pour la santé prend un sens particulier quand on s'intéresse aux milieux ruraux. »

L'accessibilité culturelle constitue un autre exemple dans la mesure où le poids des traditions, qui restent bien présentes dans les campagnes, peut être un frein à l'évolution des représentations et des attitudes pour adopter des comportements plus favorables à la santé.

En matière de proximité, des textes législatifs et réglementaires récents, dans le domaine de la santé (loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) ou de l'aménagement du territoire (loi 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux), mettent en avant l'intérêt de développer des actions au plus près de la population, dans son milieu de vie. La réalisation de projets de santé à un niveau très local témoigne de cette mobilisation, qui se traduit concrètement dans les faits par la déclinaison territoriale de

programmes régionaux de santé mis en place à la fin des années quatre-vingt-dix ou encore dans des actions spécifiquement menées sur un territoire. L'appel à projets lancé conjointement en 2003 par le ministère chargé de la Santé et de l'Action sociale et celui de l'Aménagement du territoire² s'inscrit également dans cette dynamique. Il propose d'expérimenter la mise en œuvre d'un volet sanitaire et social dans les chartes de pays et les projets de communautés de communes ou d'agglomérations, ce volet santé concernant, entre autres domaines, le développement d'actions de prévention ou de promotion de la santé. Les milieux ruraux et les habitants qui y résident sont au cœur de ces mutations. Tous les acteurs sont concernés, les professionnels et les bénévoles qui se mobilisent, les populations qui s'impliquent dans le développement de leur territoire. Les actions présentées dans ce dossier en témoignent très largement. Elles apportent un éclairage sur la vitalité et la richesse des démarches de proximité, tout en pointant les limites et les difficultés rencontrées. Ces actions permettent finalement d'ouvrir le débat sur la place que peut et doit prendre l'éducation pour la santé – et, plus largement, la promotion de la santé – dans les espaces ruraux.

Dr Annie-Claude Marchand

Chef de département,
Direction du développement
de l'éducation pour la santé
et de l'éducation thérapeutique, INPES.

1. *Structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie. Rapport de l'Insee (avec la participation de l'Ifen, Inra, Scees) pour la Datar, juillet 2003 : 114 p.*

2. *Circulaire interministérielle du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement.*

Le rural à l'épreuve de la diversité des territoires

La France rurale a changé et ses visages sont multiples. Depuis quelques années, ce sont les communes de moins de deux mille habitants qui enregistrent les plus fortes croissances démographiques, en particulier à moins de cinquante kilomètres des grandes villes. Ces migrations des « néoruraux » provoquent une forte demande d'équipements et de services, y compris la construction d'infrastructures et l'installation de professionnels de santé.

Décrire, analyser et comprendre le monde rural dans sa globalité est devenu un exercice complexe sur lequel de nombreux chercheurs de champs disciplinaires variés (géographie, sociologie, anthropologie, sciences humaines et sociales, etc.) se mobilisent. Les problématiques relatives au monde rural ne cessent d'être explorées, à commencer par la question sensible des définitions et des catégories spatiales. Le terme « rural » a-t-il encore du sens en ce début du XXI^e siècle ? Et à quelle(s) réalité(s) renvoie-t-il ?

De ce point de vue, les positions de recherche sont multiples, pouvant présenter les campagnes aussi bien comme « une figure particulière de l'urbain » (1) que, au contraire, comme étant tout ce qui n'est pas la ville. Ces divergences sont à la fois le reflet des transformations récentes des espaces ruraux et le témoin d'une plus grande diversité des campagnes françaises contemporaines. Des hautes terres de l'Aubrac aux campagnes beauceronnes, des littoraux bretons aux ceintures périurbaines des grandes agglomérations françaises, la ruralité est une notion plurielle tant les modes de vie, les dynamiques spatiales, les activités divergent d'un territoire à l'autre.

Où s'arrête le rural ?

De fait, les dynamiques démographiques, sociales, économiques et leurs impacts spatiaux ont profondément bouleversé « l'ordre éternel des champs ». L'étalement résidentiel autour des grandes agglomérations, la plus grande mobilité des populations, la déconnexion croissante entre lieu de résidence et d'activité, la diversification des

usages et formes de mise en valeur des espaces ruraux ont effacé les limites traditionnelles entre villes et campagnes. Les ruptures paysagères et fonctionnelles qui fixaient ces frontières se sont diluées dans un continuum beaucoup plus complexe, allant du cœur des agglomérations urbaines vers les espaces ruraux les plus reculés.

Si le monde rural a longtemps été défini en opposition à l'urbain, l'hétérogénéité actuelle des territoires et des populations qui les occupent ne le permet plus vraiment. La limite entre l'urbain et le rural est devenue floue. « Réelle ou représentée, cette frontière se situe sans doute, pour les acteurs, chercheurs ou simples habitants, au sein des espaces que nous qualifions désormais de périurbains » (2), où les zones d'habitat pavillonnaire, les parcs d'activités industrielles et commerciales, les infrastructures de communications ont métamorphosé les paysages ruraux traditionnels, avec ses villages anciens et ses paysages façonnés par l'activité agricole. Mais où s'arrête vraiment la ville et où commence la campagne ? Derrière le terme rural se cache une diversité de situations : les catégories spatiales classiques, à fondement essentiellement statistique, ne permettent plus de porter un regard juste sur la diversité des campagnes françaises.

Le rural, le périurbain et l'urbain

Ces constats ont contribué à la multiplication des travaux de recherche sur les campagnes, en encourageant une approche renouvelée de cette catégorie spatiale et de sa complexité. Les

nomenclatures statistiques ont évolué pour mieux appréhender les nouvelles réalités rurales mais se sont rapidement avérées trop simplificatrices. En 1996, l'Insee, par exemple, a mis en place le zonage en aires urbaines et rurales, souhaitant ainsi prendre en compte d'autres paramètres que les seuls effectifs de population, pour définir les espaces à dominante urbaine et les espaces ruraux. Ainsi, de nouveaux critères ont été intégrés, tels que la continuité de l'habitat, la concentration des emplois, les migrations quotidiennes entre le domicile et le lieu d'activité. Ce nouveau zonage a permis des analyses plus fines en distinguant les espaces ruraux, les espaces périurbains et les pôles urbains. Toutefois, des marges d'incertitude demeurent entre les communes périurbaines et rurales, où les seuls critères démographiques et d'emploi ne suffisent plus pour opérer de réelles distinctions. D'autres tentatives ont vu le jour pour mieux coller à la réalité des territoires ruraux, comme celle engagée par la Société d'étude géographique économique et sociologique appliquée (Segesa) et la Datar¹, s'appuyant sur un examen plus précis des dynamiques socio-démographiques et économiques pour construire une typologie des espaces ruraux.

Cette évolution montre la nécessité de construire des catégories de plus en plus fines, s'appuyant tout aussi bien sur la dimension matérielle des espaces considérés, que sur les représentations sociales, le système de valeurs, la charge symbolique des groupes humains qui y vivent ou qui les pratiquent. Vaste chantier, ouvert depuis plusieurs années

par les chercheurs et acteurs travaillant sur le monde rural pour mieux prendre en compte les transformations à l'œuvre et les réalités rurales contemporaines.

Une incontestable renaissance démographique

La reprise de la croissance démographique des espaces ruraux français figure parmi les évolutions les plus sensibles, constatée depuis la fin des années quatre-vingt, et particulièrement mise en avant dans les travaux de Bernard Kayser sur la « renaissance rurale ». L'analyse des résultats des enquêtes annuelles de recensement réalisées en 2004 et 2005 confirme ce processus. Hervé Le Bras parle même de « *retournement important dans la géographie de la population française* » (3). La croissance démographique des communes de moins de dix mille habitants, dont presque la moitié appartient à l'espace rural (selon le zonage Insee), a été particulièrement forte depuis 1999, affichant un taux de progression annuel de plus 0,9 %, un rythme deux fois plus élevé qu'entre les deux recensements précédents (1990 et 1999). Ce sont les communes de moins de deux mille habitants, et souvent les plus petites, qui enregistrent les plus fortes croissances. Les communes rurales ont donc affiché une progression plus

élevée que les communes appartenant à une unité urbaine, ce qui constitue une véritable rupture par rapport aux quatre dernières décennies, et ce qui porte un coup dur aux théories sur « la désertification » des campagnes. Ce renouveau ne doit pas occulter le déclin démographique de certains espaces ruraux ; la « France du vide », aux faibles densités de population, reste perceptible des Ardennes aux Pyrénées, mais le nombre de communes concernées par cette décroissance a sensiblement diminué depuis 1999.

Forte croissance autour des grandes villes

Cette reprise démographique des espaces ruraux français s'explique essentiellement par l'accueil de populations nouvelles. Déjà, entre 1990 et 1999, une forte majorité de cantons ruraux avait enregistré davantage d'arrivées que de départs. C'est le reflet concret des dynamiques démogéographiques à l'œuvre. Les derniers résultats montrent que cette vitalité rurale est étroitement liée à celle des aires urbaines. Si la croissance démographique a touché les deux tiers des communes rurales, ce sont évidemment celles qui sont les plus proches des grandes villes françaises qui affichent les rythmes

les plus élevés, situées dans un rayon compris entre quinze et quarante kilomètres du centre des agglomérations.

Ce retournement du solde migratoire des communes rurales peut être imputé à plusieurs facteurs complémentaires, déjà largement décrits. Depuis plusieurs décennies, certaines campagnes font preuve d'une forte attractivité résidentielle auprès de nos voisins européens (britanniques et néerlandais en particulier), comme en Normandie, en Dordogne ou en Provence, et connaissent ainsi des formes de repeuplement originales et rapides. Dans un même ordre d'idées, plusieurs régions de villégiature captent des populations retraitées ou en fin de vie active, cherchant un cadre de vie, un climat et un environnement agréables. D'autres secteurs ruraux, caractérisés par un dynamisme économique soutenu, ont bénéficié d'un apport d'actifs et de leurs familles, contribuant à leur repeuplement. Plus largement, c'est l'expansion démographique et spatiale des villes, s'accompagnant d'un déversement de populations sur des aires de plus en plus vastes, qui concourt à ce renouveau. Les « néoruraux », fraîchement installés, importent avec eux des modes de vie citadins qui bouleversent en profon-

deur les sociétés locales et rendent parfois difficile la cohabitation avec les populations de souche.

Nouveaux ruraux qui migrent pour travailler

L'hétérogénéité des territoires ruraux est le reflet de plusieurs dynamiques. L'arrivée de nouveaux habitants participe à la diversification des structures démographiques et de la composition des ménages. Les communes rurales où s'installent des ex-urbains – en périphérie des grandes agglomérations – rajeunissent sous l'effet d'un afflux important de familles avec enfants, souvent composées de couples biactifs. Ces nouveaux habitants désirent accéder à la propriété dans des communes où le prix du foncier est abordable et dans un cadre de vie agréable. Ces migrations dissocient lieu de vie et lieu d'activité, au prix d'une plus grande mobilité géographique quotidienne. Ainsi, les communes enregistrant les excédents migratoires les plus forts voient leur population se renouveler et rajeunir rapidement, alors que les espaces ruraux les plus reculés voient leur population âgée augmenter. Les communes périurbaines et rurales des deuxième et troisième cou-

ronnes des agglomérations sont le plus affectées par ce rajeunissement, alors que le ralentissement des arrivées de populations nouvelles dans la première couronne participe déjà à l'amorce d'un processus de vieillissement. Dans d'autres communes rurales, pourtant dynamiques sur le plan migratoire, le profil des nouveaux arrivants peut aussi contribuer au vieillissement de la population. C'est le cas des migrations de retraités sur les communes littorales ou dans les régions de villégiature.

Territoire et pouvoir d'achat

Le renouvellement des populations rurales participe également à une plus grande diversité sociale. Le processus « d'urbanisation » de campagnes toujours plus éloignées des agglomérations s'explique par des besoins croissants en espace et par un arbitrage entre le souhait d'accéder à la propriété et les capacités d'endettement des ménages. Ainsi, l'offre de logements, notamment pavillonnaires, ainsi que les coûts du foncier, ont modifié la division sociale de l'espace autour des grandes villes jusque dans les communes les plus rurales, les cadres privilégiant les pôles urbains alors que les catégories les moins aisées sont progressivement détournées vers les campagnes. Les différentiels de prix du foncier et de l'immobilier en fonction de la distance au pôle urbain expliquent pour une grande part ces dynamiques. Enfin, « pour comprendre les enjeux actuels et les perspectives des campagnes françaises, il faut prendre en compte la diversité des usages et fonctions de l'espace rural » (4). Les formes de mise en valeur des campagnes françaises ont considérablement changé, l'agriculture ayant reculé au profit de nouvelles activités. La poussée résidentielle a joué un rôle considérable dans ces évolutions et s'est accompagnée du développement de toute une économie de services incluant la santé (infrastructures et professionnels), pour répondre aux besoins. Les activités récréatives et touristiques ont également participé à la diversification des fonctions économiques et sociales de l'espace rural. Les contrastes économiques territoriaux se sont ainsi accentués. Les profils locaux d'activité sont diversifiés et révèlent le niveau de développement des espaces ruraux. Les nuances sont sensibles entre des bassins agricoles dynamiques incluant tout un tissu d'activités indui-

tes (industrie de transformation agro-alimentaire, encadrement logistique, etc.), des régions à forte spécialisation industrielle, et des secteurs périurbains en pleine révolution tertiaire, etc.

Ce portrait général sur les campagnes françaises pointe l'importance confirmée du renouveau démographique et social des espaces ruraux. En effet, l'accueil de nouveaux habitants bouleverse notamment les profils démographiques et sociaux, modifie la nature de la demande sociale en matière d'équipements, de services et d'activités. L'espace rural est au cœur des problématiques d'aménagement du territoire ; en France, les pouvoirs publics ont adopté un certain nombre de mesures en faveur du monde rural. Les campagnes cristallisent à la fois de nombreuses inquiétudes et sont porteuses de beaucoup d'espoirs. La France rurale change et ses visages sont multiples. Plus que jamais, les actions politiques doivent s'orienter vers le développement des territoires ruraux, aussi bien au niveau de ses activités qu'auprès des populations qui y vivent, pour tenter de corriger les déséquilibres majeurs entre villes et campagnes, mais aussi en prenant en compte leur diversité.

Olivier David

Maître de conférences en géographie, UMR CNRS 6590 « Espaces géographiques et sociétés », université Rennes-2.

1. Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (Datar), devenue en 2005 Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (Diact).

Références bibliographiques

- (1) Lévy J., Lussault M. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin, 2003 : p. 807.
- (2) Di Méo G. Les contradictions d'une hypothétique frontière du rural et de l'urbain. In : Arlaud S., Jean Y., Royoux D. *Rural-Urbain. Nouveaux liens, nouvelles frontières*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Espace et territoires, 2005 : 493-500.
- (3) Le Bras H. *Nouvelle(s) Bretagne(s)*. Bretagne(s) 2006 ; n°1 : 32-3.
- (4) Perrier-Cornet P., Bibliothèque des territoires. *Repenser les campagnes*. La Tour d'Aigues : éditions de l'Aube/Datar, coll. Monde en cours-essais, 2002 : 208 p.

Pour en savoir plus

- Arlaud S., Jean Y., Royoux D. *Rural-Urbain. Nouveaux liens, nouvelles frontières*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Espace et Territoires, 2005 : 508 p.
- Datar. *Quelle France rurale pour 2020 ? Contribution pour une nouvelle politique de développement rural durable*. Paris : La documentation française, 2003 : 64 p.
- David O., Sechet R. « Étalement urbain et géographie des inégalités sociales ». Communication au colloque international « Les villes au défi du développement durable : quelle maîtrise de l'étalement urbain et des ségrégations associées ? ». Sfax, 24 et 25 novembre 2005.
- Kayser B., Brun A., Cavailles J., Lacombe P. *Pour une ruralité choisie*. La Tour d'Aigues : éditions de l'Aube/Datar, coll. Aube recherche, 1994 : 139 p.
- Morel B., Redor P. « Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 : la croissance démographique s'étend toujours plus loin des villes ». Insee Première, 2006 ; n° 1058 : 4 p.
- Perrier-Cornet P., Bibliothèque des territoires. *À qui appartient l'espace rural ? La Tour d'Aigues : éditions de l'Aube/Datar, coll. Monde en cours-essais, 2002 : 141 p.*

La réduction des inégalités de santé passe par une approche territorialisée

La Fédération des observatoires régionaux de la santé vient de publier une étude sur les inégalités de santé en France. Ce n'est pas le clivage rural/urbain qui détermine le taux de mortalité et la longévité des habitants mais le statut social et le niveau de vie qui l'emportent sur tous les autres critères, y compris l'offre de soins, plus ou moins dense mais non déterminante. Ainsi, des cantons ruraux mal pourvus en offre de soins présentent des taux de mortalité particulièrement faibles.

Dans le cadre de leur mission principale (recueil, analyse, diffusion des informations sur la santé et ses déterminants), les observatoires régionaux de la santé (ORS) ont mis en évidence les disparités de santé à l'intérieur du territoire français (tableaux de bord régionaux et synthèses nationales, base d'indicateurs Score-santé, etc.). Depuis 2000, ils se sont particulièrement préoccupés des inégalités aux niveaux infrarégionaux. Dans un ouvrage récemment publié (1), leur fédération approfondit l'analyse d'une cinquantaine d'indicateurs sur trois thèmes : population et conditions de vie, offre de soins, et mortalité. Cette analyse met en évidence des zones homogènes en matière de santé au-delà des limites régionales et départementales, ainsi que les liens entre l'état de santé de la population et les facteurs sociaux.

Il existe, au niveau infrarégional, de nombreux zonages – administratifs, de projets, d'études, etc. – tous légitimes, mais, pour une analyse à la fois localisée et nationale, il a fallu choisir un échelon qui rende compte des diversités et sur lequel des données pertinentes sont disponibles. Le canton¹ constitue, pour les indicateurs du domaine sanitaire et social, une unité géographique alliant le mieux la diversité spatiale nécessaire à une taille de population suffisante.

Les indicateurs sont d'abord présentés sous forme de cartes commentées, articulées autour des trois thèmes, puis une analyse statistique permet de dégager une typologie des cantons en sept classes aux profils socio-sanitaires les plus proches (*voir carte et encadré p.18-19*). Celle-ci montre, si l'on simpli-

fie, une France en quatre tonalités : du rouge (classe 4) ou rose (classe 3) dans la moitié nord, du vert (classe 1) ou jaune (classe 2) dans la moitié sud, du bleu (classes 5 et 6) en Ile-de-France, Alsace et Rhône-Alpes et des zones violettes (classe 7), ponctuelles, dans toutes les régions, correspondant généralement à de grandes villes. Cette représentation traduit le constat « classique », depuis le début du XX^e siècle, d'une opposition entre le Nord, en surmortalité, et le Sud, en sous-mortalité, mais elle permet de mettre en évidence quelques nuances et apporte d'autres éclairages. On retrouve notamment une forte surmortalité dans la partie nord de la France, le Nord-Pas-de-Calais et sur une ligne allant de la Bretagne à la Lorraine, qui toutefois ne se prolonge pas jusqu'en Alsace, à l'est. La distinction rural/urbain est prononcée, avec trois classes de cantons ruraux et quatre classes de cantons urbains ou périurbains. Au total, ce sont plus de trois mille cantons français qui ont été examinés, selon une méthodologie impliquant une cinquantaine de critères relevant de la santé et de l'environnement (*voir encadré p.17*).

Zones rurales : une situation contrastée

Cependant, ce clivage rural/urbain ne suffit pas pour rendre compte des disparités de santé. Ainsi, deux classes de cantons ruraux sont caractérisées par une mortalité faible tandis que, dans l'autre, la mortalité accidentelle, celle liée à l'alcool et par cardiopathies ischémiques, est supérieure à la moyenne. Parmi les cantons urbains, ceux à plus forte composante ouvrière et de nombreux pôles d'aires urbaines se démarquent par une surmortalité marquée,

alors que les deux autres classes, constituées de villes-centres ou de zones périurbaines, sont en sous-mortalité. En outre, les disparités d'accès aux services de soins de premiers recours ne se superposent pas aux différences urbain/rural, même si globalement les services hospitaliers sont concentrés dans les villes : des cantons ruraux sont relativement bien desservis en offre libérale de proximité et d'autres pas.

Cette typologie des cantons français met ainsi en évidence l'impact des facteurs socio-économiques sur l'état de santé d'une population et celui, plus nuancé mais aussi plus complexe, de l'offre de soins. Parmi les classes présentant une sous-mortalité, on retrouve, d'une part, des zones urbaines ou périurbaines plutôt favorisées et, d'autre part, des zones rurales avec une population plus âgée et des situations socio-économiques peu favorables. Les premières ont parfois une faible densité en professionnels de santé (classe 5) ou, au contraire, sont très bien desservies en services de soins de proximité (classe 6). Les secondes présentent aussi des différences en matière d'offre : éloignement de tous services de soins pour l'une (classe 1), bonne desserte en professionnels de santé pour l'autre (classe 2). De même, des villes par ailleurs bien desservies en services de soins présentent une surmortalité prématurée (classe 7).

L'impact des inégalités sociales de santé, très prononcé dans notre pays, est aussi reflété par les écarts de mortalité avant 65 ans. Dans l'analyse effectuée, on retrouve ce constat dans la classe 4, où les proportions de population

ouvrière et de situations précaires sont les plus importantes et où mortalité générale et mortalité prématurée sont les plus élevées. Ce sont souvent des zones industrielles ou anciennement industrielles du nord-est du pays, mais aussi certains secteurs bretons. La classe 3, de profil socio-démographique proche de la classe 4 mais plus rurale, présente une forte mortalité par accidents, suicide, pathologies liées à l'alcool et cardiopathies ischémiques.

Globalement, cette typologie recrée une structuration de l'espace en dehors des découpages administratifs classiques (régions, départements, zones d'emploi, territoires de santé) et fait ressortir les contrastes entre les milieux urbains et ruraux, dissocie les zones socialement favorisées ou défavorisées et dessine des entités identifiées selon des critères géographiques, culturels et économiques. Elle souligne la forte influence des déterminants sociaux, plus fortement corrélés aux facteurs de santé que les variables d'offre de soins. Elle pose ainsi la question du rôle de l'environnement physique et social, des comportements socioculturels, des

interactions complexes entre déterminants de santé, sur la santé des individus, qui sont des éléments qui permettent d'expliquer les contrastes observés et pour lesquels des analyses locales plus fines apporteraient des précisions quant à leur importance et à leur rôle.

Conditions et modes de vie, déterminants majeurs

En résumé, cette étude démontre que l'effet des inégalités sociales sur la santé est très prononcé en France (2-4). Si l'on se préoccupe de la santé de la population, on ne peut faire abstraction de la réalité sociale, l'amélioration des indicateurs de santé passant aussi par celle des conditions et modes de vie. La typologie des cantons pose ainsi la question du rôle de l'environnement physique et social, des comportements socioculturels, des interactions complexes entre déterminants sur la santé des individus, causes des contrastes observés, et pour lesquels des analyses locales plus fines pourraient en préciser l'importance et le rôle. Il est possible de mener des analyses à des échelons géographiques fins permettant une photographie de la France à un instant donné mais aussi,

demain, en termes d'évolution. Cela peut contribuer à la détermination de politiques mieux adaptées mais aussi à l'appropriation par la population de ses problèmes et difficultés, de ses forces et avantages, ce qui peut être d'autant plus utile si l'on estime que l'éducation pour la santé doit être une démarche communautaire. Ce travail relayé par les ORS au sein des régions par des études particulières, intégrant souvent une dimension qualitative, s'inscrit bien dans les démarches de plus en plus partagées de « l'approche territorialisée de la santé » telles que les définit la loi relative à la politique de santé publique.

Bernadette Lemery

Directrice, Observatoire régional de la santé de Bourgogne.

Alain Trugeon

Directeur, Observatoire régional de la santé et du social de Picardie.

1. L'unité retenue dans le document est un canton « aménagé » : les plus grandes communes sont découpées en plusieurs cantons qui comprennent une partie de la commune et parfois des communes périphériques. Dans cette analyse, ces cantons sont regroupés en une seule entité.

La France en 50 indicateurs et 3 168 cantons

Cette étude s'est déroulée selon la méthodologie suivante.

- Les indicateurs retenus dans la présente analyse (au nombre de cinquante) ont été sélectionnés et regroupés au sein de trois thèmes : vingt dans « population et conditions de vie » (données démographiques et allocations diverses), quatorze dans « offre de soins » (données d'équipement, densités et temps d'accès aux professionnels de santé) et seize dans « mortalité » (taux standardisés généraux et principales causes). Le critère principal de sélection des indicateurs a été leur intérêt pour mesurer la relation santé/social mais aussi la disponibilité et la pertinence à l'échelle du canton. Pour les indicateurs de mortalité, il s'agit de taux standardisés tous âges ou chez les moins de 65 ans.
- Les méthodes qui ont été employées font partie des techniques d'analyses multidimensionnelles permettant de représenter et d'interpréter de façon synthétique de vastes ensembles constitués d'un grand nombre d'individus et de variables quantitatives ou qualitatives. Ici, les individus sont les trois mille cent soixante-huit « cantons-villes » de France métropolitaine, caractérisés par les cinquante indicateurs sanitaires et sociaux, mis en variables principales ou illustratives. L'analyse de données s'est déroulée en deux

temps : une analyse en composantes principales (ACP) puis une classification hiérarchique.

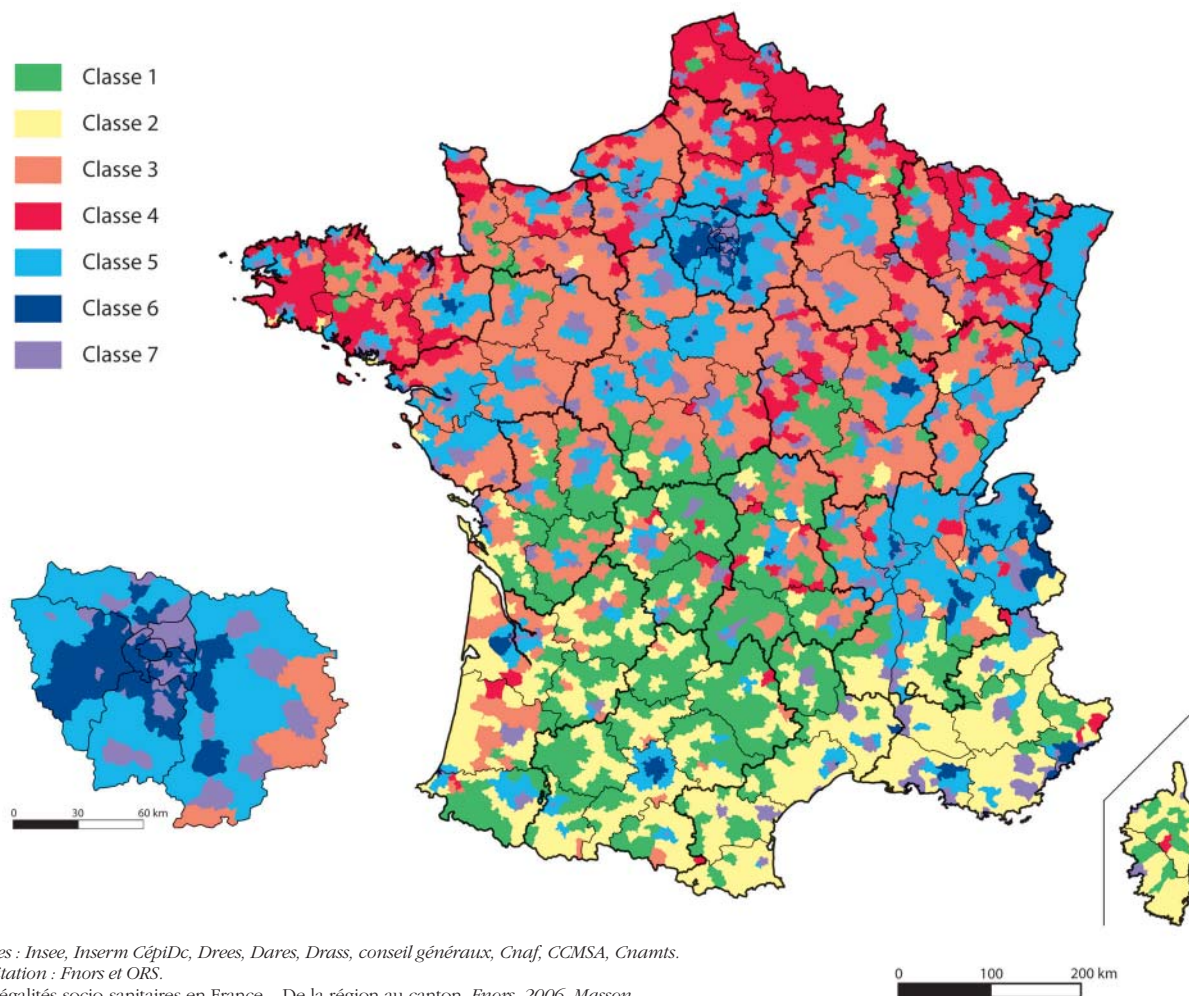
L'objectif de l'analyse en composantes principales est d'atténuer les variations aléatoires des variables et celui de la typologie est de découvrir les similitudes ou les divergences qui existent entre les cantons au moyen des différents indicateurs. Il s'agit de regrouper les cantons en un nombre restreint de classes homogènes.

L'évocation d'un découpage territorial (urbain, rural, etc.) est faite en référence à la définition des territoires de l'Insee en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural. Ce zonage est déterminé à partir de la structuration de l'espace en termes de déplacements domicile-travail des actifs occupés. À l'intérieur des aires urbaines, on trouve les pôles urbains avec leurs villes-centres puis la périphérie constituée des communes de l'agglomération, ville-centre exclue et, enfin, la couronne constituée des communes de l'aire urbaine, agglomération exclue. Au-delà, on trouve l'espace à dominante rurale composé de l'aire d'emploi de l'espace rural (dont les pôles d'emploi de l'espace rural et leur couronnes), d'une part, et des autres communes de l'espace à dominante rurale, d'autre part.

- Les cantons étudiés concernent tous les cantons de la France métropolitaine. Mais il ne

s'agit pas tout à fait du découpage cantonal au sens administratif. La France métropolitaine compte, en effet, trois mille huit cent soixante-neuf cantons, constitués en vue de l'élection à l'assemblée départementale (des conseillers généraux). Ces cantons ne respectent pas toujours les limites communales : les communes les plus peuplées appartiennent à plusieurs cantons. L'Insee utilise pour les publications d'indicateurs socio-démographiques un découpage plus adapté : celui des cantons et villes. Dans ce cas, les grandes communes ne sont pas découpées en plusieurs cantons mais constituent des entités uniques, les villes. Les petites communes jouxtant ces villes et faisant partie du même canton électoral que celles-ci, forment alors à elles seules un « pseudo-canton », la grande ville voisine en formant un autre. On compte au total trois mille sept cent six cantons et villes. Mais la séparation des pseudo-cantons peut encore être considérée comme relativement artificielle, c'est la raison pour laquelle, dans cette analyse, ont été regroupés les pseudo-cantons correspondant à des fractions cantonales avec l'entité constituée par la ville voisine. L'analyse porte finalement sur trois mille cent soixante-huit « cantons » (dont les vingt arrondissements de Paris).

Une partition de la France en sept classes



Sources : Insee, Inserm CépiDc, Drees, Dares, Drass, conseil généraux, Cnaf, CCMSA, Cnamts.
Exploitation : Fnors et ORS.

In : Inégalités socio-sanitaires en France – De la région au canton, Fnors, 2006, Masson.

La classe 1 regroupe 15 % des cantons et seulement 3 % de la population métropolitaine. Il s'agit de zones rurales les plus éloignées des agglomérations, peu peuplées (les parts d'agriculteurs et de personnes âgées y sont importantes), situées dans des zones montagneuses ou en limite de départements. Ils sont plus présents dans le sud-ouest de la France et Corse (majoritaires dans le Limousin et en Midi-Pyrénées). Leurs situations sociodémographiques sont peu favorables, la desserte en services de soins plus difficile mais ces cantons sont caractérisés par une faible mortalité.

La classe 2 (14 % des cantons et 10 % de la population) se distingue de la première par des densités élevées en professionnels de santé libéraux. Là encore, avec des situations sociales globalement peu favorisées, on trouve, en revanche, des indicateurs de mortalité relativement plus favorables (à l'exception de celle causée par les accidents de la circulation).

Cette classe est surtout présente dans les régions méridionales.

La troisième classe en zone rurale (23 % des cantons et 10 % de la population) est concentrée au centre de la France, ainsi qu'en Basse-Normandie et Champagne-Ardenne. Elle se distingue des deux autres classes de cantons ruraux par une plus forte proportion d'ouvriers au sein de la population active. Comme dans la classe 2, on observe une surmortalité par accidents de la circulation mais, de façon générale, la mortalité y est plus élevée, notamment par suicide, et aussi par pathologies liées à l'alcool et cardiopathies ischémiques. Deux classes de cantons urbains présentent les situations de santé les plus défavorables, deux autres les plus favorables.

Deux classes de cantons urbains présentent les situations de santé les plus défavorables, deux autres les plus favorables.

La classe 4 (13 % des cantons et 12 % de la population) regroupe des cantons comprenant des villes industrielles en difficultés socioéconomiques (fortes proportions d'ouvriers, de personnes en situation de précarité). Elle est prédominante dans le Nord-Pas-de-Calais (83 % des cantons) et bien représentée en Picardie, Lorraine et Bretagne (40 % des cantons). On trouve moins d'infirmiers, de dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux que dans les autres classes. Cette classe se caractérise par une surmortalité marquée, tant générale que prématurée¹, et pour presque toutes les causes de décès.

La classe 7 rassemble 11 % des « cantons », très fortement peuplés (32 % de la population), soit de nombreuses villes, pôles d'aires urbaines. Elle est la plus représentée en Ile-de-France, puis en Lorraine, Haute-Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elle se distingue

par de forts contrastes sociaux : proportions de cadres et d'employés supérieures à la moyenne, accessibilité des services de soins plus aisée mais situations d'isolement et de précarité plus fréquentes. On observe dans les cantons de cette classe une surmortalité prématurée, même si elle est moins marquée que dans la classe 4, ainsi qu'une mortalité par cancers et par maladies liées à l'alcool plus élevée que la moyenne.

La classe 5 est constituée de 18 % des cantons (et de la population) souvent situés autour des principales agglomérations (qui concentrent l'offre de soins). Présente dans toutes les régions de France métropolitaine (sauf en Corse), elle est prédominante en Alsace, où elle regroupe 82 % des cantons, et bien représentée en Rhône-Alpes avec près de la moitié des

cantons de la région (46 %). Cette classe se caractérise par un environnement social plus favorable (revenus, emploi, population jeune, peu isolée, etc.). Les mortalités générale et prématurée sont inférieures à la moyenne.

La classe 6, composée de 6 % des « cantons », regroupe 16 % de la population. Il s'agit en général de grandes villes et de certaines des communes qui leur sont limitrophes. Cette classe est principalement présente en Ile-de-France (47 % des cantons franciliens sont dans cette classe). Favorisée sur le plan socio-économique et la mieux desservie en services de soins, cette classe présente une sous-mortalité générale et prématurée ainsi que pour la plupart des causes de décès étudiées.

1. Survenant avant 65 ans.

► Références bibliographiques

- (1) Trugeon A., Fontaine D., Lemery B. *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. Paris : Masson, coll. Abrégés, 2006 : 176 p.
- (2) Mesrine A. Les différences de mortalité par milieu social restent fortes. In : *Données sociales 1999 : la société française*. Paris : Insee, coll. Insee-Références, 1999 : 228-35.
- (3) Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 363-75.
- (4) Haut Comité de la santé publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP, 1998 : 368 p.

Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural

Le milieu rural se caractérise par un déficit de professionnels de santé – médecins en particulier – et un isolement de beaucoup de professionnels dans leur pratique quotidienne. Comment monter un programme de promotion de la santé tout en prenant en compte les spécificités du monde rural ? Présentation des axes d'intervention à privilégier, de la méthodologie à suivre ainsi que des difficultés à surmonter. Trois conditions paraissent incontournables : le maintien des solidarités de proximité, le travail en réseau et des investissements à la hauteur des ambitions.

Depuis une vingtaine d'année (charte d'Ottawa, OMS, 1986), les programmes de promotion de la santé se réfèrent à une définition globale et positive de la santé qui positionne la promotion de la santé comme le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Ce processus décline des interventions qui visent l'égalité en matière de santé ; les résultats se situent en termes de qualité de vie et de bien-être.

Globalement, il est désormais établi que l'efficacité des actions de promotion de santé s'articule autour de trois critères :

– une approche globale et positive de la santé pour renforcer les compétences

et aptitudes individuelles en termes de qualité de vie ;

– une démarche participative permettant à chacun de faire des choix éclairés en matière de santé ;

– des axes d'intervention pluriels sur un espace spatiotemporel défini d'au moins trois années.

Les axes de l'action

Parce que les programmes de santé publique doivent être adaptés aux besoins et attentes des populations ainsi qu'aux possibilités et ressources locales, nous avons tenté de dessiner, dans la présente contribution, un cadre d'intervention spécifique pour le milieu rural, thème de ce dossier. Pour chacun des cinq axes d'interventions (*voir tableau*), nous avons répertorié les éléments

à prendre en compte ainsi que les points d'appui pour agir en promotion de la santé en milieu rural.

Le tableau dresse le cadre d'intervention en milieu rural, il souligne également les multiples enjeux auxquels est confrontée la promotion de la santé en milieu rural.

Les services et leur proximité

En premier lieu, le brassage des populations qui résident en milieu rural, entre ceux qui y sont nés et ceux qui viennent s'y installer, va influencer sur les modes de vie. Utilisateurs de nouvelles technologies, demandeurs de nouveaux services, ces nouveaux habitants sont porteurs d'attentes différentes. Les solidarités de voisinage ou familiales,

en particulier entre les générations, constituent un point d'appui fort en milieu rural. Face à ces mutations, de nouvelles réponses sont sans doute à construire mais elles doivent prendre appui sur ces dynamiques de proximité et tout faire pour les prolonger. Ainsi, une enquête réalisée en août 2005 pour la Datar⁷ montre qu'en matière de services publics les habitants du monde rural expriment des attentes tournées vers une gamme étendue de services. Considérés comme une véritable garantie en termes de qualité de vie, ces services recouvrent, outre le bureau de poste et l'école, auxquelles les habitants restent très attachés, des points d'accès à un médecin, une crèche ou une halte-garderie, un transport collectif, ou

encore à des commerces de proximité. L'enquête montre également que la population classe en tête de ses exigences la qualité des services, devant même la proximité.

Le réseau pour lutter contre l'isolement

La densité des professionnels de santé est plus faible en zone rurale, ce qui a pour effet d'accroître leur isolement. Dans l'analyse de l'offre de santé dans les bassins de vie qu'elle a réalisée en 2003², l'Insee notait que, d'ores et déjà, les médecins généralistes (densité médicale dans les zones rurales : 101,2 pour 100 000 habitants *vs* 129,2 dans les grands pôles urbains) et surtout les dentistes (49,6 pour 100 000 habitants en

rural *vs* 78,4) exerçaient plus souvent en ville. En revanche, la présence des infirmiers (104,6 pour 100 000 habitants en rural *vs* 96,5) et des pharmaciens (47,5 pour 100 000 habitants en rural *vs* 51,9) restait marquée dans les campagnes. Face à ce constat, il apparaît d'autant plus nécessaire de soutenir les actions favorisant la mise en réseau et le maillage de tous les « acteurs ressources », qu'ils soient professionnels ou bénévoles. Leur implication, qu'il importe de préserver, joue en effet un rôle majeur dans le niveau et la qualité du service de santé mis à disposition de la population. Le développement dans chaque région de France d'un pôle de compétence en éducation pour la santé va dans le même sens³.

Programmes de promotion de la santé en milieu rural : le cadre d'intervention

Axes d'intervention	Facteurs limitants	Points d'appui pour l'action
Aptitudes individuelles de la population <ul style="list-style-type: none"> • Représentations, culture • Valorisation et mise en confiance • Participation et solidarité 	<ul style="list-style-type: none"> • Poids des traditions, des histoires familiales et des non-dits • Mobilité faible • Thèmes de santé tabous : dépendances, sexualité, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des brassages culturels ruraux/urbains • Un attachement au territoire avec sentiment d'appartenance • Des portes d'entrée sociale et citoyenne
Dynamique communautaire <ul style="list-style-type: none"> • Réseaux d'échanges et de savoirs • Soutien et lien social • Initiatives communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensation de contrôle par maillage trop serré des professionnels • Sensation d'étouffement ou d'isolement des habitants • Éloignement par rapport aux autres initiatives 	<ul style="list-style-type: none"> • Des habitants, relais socioculturels • Des solidarités de proximité (famille, voisinage) et solidarités intergénérationnelles • Des réseaux d'échanges et de savoirs • Des initiatives communautaires
Environnements <ul style="list-style-type: none"> • Approche socio-écologique • Nouveaux territoires de vie • Notion de temps 	<ul style="list-style-type: none"> • Exode rural, raréfaction des ressources, distances géographiques • Espaces de convivialité limités • Limitation des moyens 	<ul style="list-style-type: none"> • Un habitat plus proche des milieux naturels. • Des modes de vie plus « sains » : alimentation, activité physique, etc. • Des espaces géographiques homogènes
Offre de biens et services en santé <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels • Démographie, réseaux • Pluri-institutionnalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Petit nombre et isolement des professionnels • Services peu diversifiés • Désertification des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Des réseaux professionnels avec intrication des rôles socio-sanitaires des professionnels : polyvalence et engagement • Des structures de proximité à composante socio-culturelle (éducation populaire, foyers de jeunesse, etc.) • Des nouvelles missions pour les professionnels (santé/social) de proximité
Politiques et stratégies <ul style="list-style-type: none"> • Mesures législatives et réglementaires • Planification - Organisation • Mutualisation des moyens 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques sectorielles, juxtaposées • Préoccupations sociales au premier plan • Isolement des décideurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Une sensibilisation des décideurs et des élus pour mettre en œuvre de nouvelles réponses locales de santé • La politique nationale : loi 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique • Des nouvelles logiques de développement plus durable

Une véritable politique de la ruralité

Enfin, un soutien politique fort et des stratégies d'appui à un aménagement du territoire sont certainement des maillons essentiels pour accompagner les mutations actuelles du monde rural tout en respectant ses spécificités. Ainsi, les textes de loi qui ont récemment vu le jour apportent de nouveaux outils pour soutenir le développement des territoires ruraux, comme par exemple les zones de revitalisation rurale, les pôles d'excellence rurale. Il s'agit de favoriser l'adaptation des services dans de nombreux domaines, en particulier dans celui de la santé. D'autres pays, comme le Québec, ont conduit une réflexion similaire. Dans la Déclaration en faveur du monde rural, signée en décembre 2001, le gouvernement du Québec et ses partenaires reconnaissaient officiellement l'importance de la ruralité et s'engageaient de façon solidaire à travailler au renouveau, à la prospérité et à la pérennité des communes rurales, concrétisant ces engagements dans une Politique nationale de la ruralité⁴.

Intervenir dans le monde rural peut ressembler à un exercice acrobatique qui vise à conjuguer des logiques différentes, parfois contradictoires : d'un côté, il s'agit de rapprocher les ressources (mise en réseau) pour optimiser la qualité du service rendu ; de l'autre, il importe de disperser ces mêmes ressources pour apporter des réponses au plus près des populations. D'ores et déjà, la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé en milieu rural prend fortement appui sur le travail en réseau de l'ensemble des acteurs, qu'ils viennent de la santé ou du social. C'est à partir de ce travail en réseau que chaque professionnel peut « ouvrir » son champ d'action aux pratiques des autres.

Lucette Barthélémy

Directrice du comité régional d'éducation pour la santé de Lorraine.

Annie-Claude Marchand

Chef de département, direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

1. Les services publics en milieu rural : enquête réalisée par téléphone par CSA pour la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (Datar) du 26 au 29 août 2005, auprès d'un échantillon représentatif de huit cent cinq personnes âgées de 18 ans et plus, vivant dans l'espace à dominante rurale et dans les communes de moins de deux mille habitants.

NB : la Datar est devenue, à l'automne 2005, la Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (Diact).

2. Structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie. Rapport de l'Insee (avec la participation de l'Ifen, Inra, Scees) pour la Datar, juillet 2003 : 114 p.

3. Les pôles de compétences sont des plates-formes de ressources et de services qui fédèrent les réseaux de professionnels en éducation pour la santé. Ils ont pour mission de mettre à disposition des acteurs de terrain de l'aide méthodologique, des formations, de l'appui documentaire pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer leurs projets. En 2006, des projets de pôles régionaux de compétence se développent dans la quasi-totalité des régions françaises en s'appuyant sur les dynamiques existantes et les acteurs en place. Le réseau des comités d'éducation pour la santé y occupe une place privilégiée, constituant dans la majorité des régions la structure porteuse du projet de pôle.

4. Politique nationale de la ruralité du Québec, adoptée le 6 décembre 2001, ministère des Affaires municipales et Régions du Québec.

http://www.mamr.gouv.qc.ca/regions/regi_rura_poli.asp

Quelle éducation pour la santé exercer en milieu rural ?

Comment pratiquer l'éducation à la santé en milieu rural ? Françoise Maitre, directrice d'un comité départemental, expose ici les fondements de son travail au quotidien : tourner le dos aux poncifs sur la ruralité, prendre le temps, partir des attentes de la population et prendre en compte ses caractéristiques, ses contraintes et ses richesses. Mais aussi faire le lien entre les professionnels de santé, souvent très isolés.

Le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) des Ardennes intervient sur un territoire certes à grande majorité ouvrière mais incluant un territoire rural significatif dans le Sud Ardennes et en Thiérache. Cette réflexion s'articule autour de trois composantes déclinées dans l'éducation pour la santé : le public, le territoire, et les thématiques de santé.

Derrière l'apparente sérénité de la population présente en milieu rural, celle qui est née là, se ressentent des tabous, des non-dits, des ennuis, des tiraillements entre les traditions et la « vie d'aujourd'hui ». Un exemple : les jeunes d'un collège installé en milieu rural nous disent ne pas pouvoir aller acheter des préservatifs car il n'existe dans ce pays qu'une pharmacie et que d'emblée ils seront repérés.

Les jeunes ressentent souvent leur milieu comme ennuyeux car peu d'activités leur sont proposées. Leurs espaces de convivialité sont les bals du samedi soir où le « lâcher prise » s'accompagne souvent d'une consommation d'alcool ou de cannabis. Cependant, parler santé avec la population jeune en milieu rural, c'est aussi parler des solidarités vécues au quotidien, parler de la nature, des espaces de liberté, parler des traditions, des grands-parents, présents encore dans l'environnement.

Faire de l'éducation pour la santé, c'est déjà écouter la population parler d'elle, de ses tabous, de ses peurs, de ses joies, des espérances, de l'absence de mobilité et de ses espoirs d'autres paysages. Entrer dans la vie d'un

village, d'un pays, c'est entrer dans l'histoire des familles, des relations de voisinage, des codes de conduite, des méfiances et des attentes, de l'importance de la visite quotidienne du facteur, etc. Il s'agit alors de négocier avec la population les espaces de développement de comportements de prévention en prenant en compte l'ensemble des composantes de leur vie, en acceptant aussi des compromis par rapport à des objectifs à atteindre.

S'appuyer sur les structures existantes

Pratiquement, les actions d'éducation pour la santé prennent souvent la forme d'ateliers santé, où la première étape consiste à prendre contact avec des structures de proximité du type foyer de jeunesse et d'éducation populaire, qui ont la connaissance des publics et vont mobiliser ou proposer l'action à des personnes connues ou pas, par le foyer. Il est important de prendre appui sur une structure relais afin que l'action s'inscrive dans une démarche de prévention ou d'accompagnement au long cours. À la suite de la mobilisation, un parcours de huit à dix séances d'éducation est proposé aux personnes, partant de leurs attentes et préoccupations en matière de santé. Des séances d'information alternent avec des séances de création, au cours desquelles la fabrication de messages permet une appropriation des personnes et des séances d'expression de soi sous la forme de théâtre, relaxation, etc. Divers thèmes de santé sont abordés, faisant appel aux connaissances et aux expériences des publics en la matière, et complétés par des apports de spécialistes, si possible exerçant sur

le territoire ; ces spécialistes vont notamment flécher le parcours à suivre pour une prise en charge ou un éventuel accès aux soins.

Et c'est ici qu'intervient la notion de territoire, la seconde composante à prendre en compte dans toute démarche d'éducation à la santé. Quand on parle du milieu rural, nous venient communément à l'esprit les notions de désertification, d'exode de la population, de raréfaction des ressources sanitaires et sociales, de difficultés d'accès aux soins. Ces notions correspondent à une réalité mais le propos est incomplet si l'on n'y ajoute pas la solidarité familiale, la connaissance réciproque, le rôle de l'aide à domicile et la présence essentielle du médecin de famille et des soignants à domicile, infirmières, aides-soignantes.

Inciter au travail en réseau

Du côté des professionnels sanitaires et sociaux œuvrant sur ces territoires, le risque est peut-être l'isolement. La densité faible de présence médico-sociale implique un travail dont l'aspect partenarial paraît moins évident à mettre en œuvre qu'en milieu urbain. En effet, les professionnels présents sur ce territoire sont déjà en nombre restreint ; ils craignent que l'instauration d'un travail partenarial demande trop d'investissement et restreigne le temps de travail consacré au contact des publics. Autre crainte : que l'essentiel du travail repose sur quelques motivés qui risquent ainsi de s'épuiser. À l'inverse, un travail très développé en réseau entre professionnels en milieu rural pourrait provoquer l'effet contraire par rapport à celui souhaité, du fait que les per-

sonnes se connaissent, vivant sous le regard les unes des autres ; une telle mise en réseau pourrait provoquer un sentiment d'absence de liberté des populations, qui se sentiraient ainsi étouffées et contrôlées. Le rôle de l'éducateur pour la santé, dans une dynamique de promotion de la santé, sera de faire du lien, de rassembler et d'inciter les personnes ressources du territoire – professionnels, bénévoles – à travailler en réseau, tout en respectant la confidentialité et le domaine privé des populations. Pour pouvoir être mise en œuvre, cette démarche d'incitation au travail en réseau demande un temps d'observation afin d'identifier les personnes relais, les professionnels déjà impliqués, d'inventorier la place des acteurs sanitaires et sociaux auprès de la population, d'avoir connaissance des relations des publics entre eux. L'idéal est d'intégrer une démarche communautaire dans les actions d'éducation pour la santé : dans ce cas, ce sont les populations qui portent ces actions et sollicitent les professionnels pour leur accompagnement. L'éducateur pour la santé est

alors là en position de médiateur, de facilitateur.

Promouvoir la santé en territoire rural appelle à prendre en compte les distances, la difficile accessibilité aux services, ce qui exige une mobilité géographique pas toujours aisée pour les populations. S'y ajoute l'aptitude réduite de certains publics à la mobilité : *« Je veux bien travailler mais dans mon village ! »*. L'éducateur pour la santé, par une approche sur le développement des compétences psychosociales, devra prendre en compte cette dimension et travailler sur l'ouverture, la confiance en soi pour que les publics puissent dépasser la frontière du bassin de vie ou du village.

Pudeur et idées fausses

L'éducation pour la santé va donc traiter d'une thématique de santé avec une population vivant sur un territoire qui a ses caractéristiques, ses contraintes et ses richesses. L'approche pédagogique de l'éducation pour la santé part des savoirs, savoir-faire et savoir-être des personnes, ce qui est applica-

ble au milieu rural. Certaines thématiques, par expérience, sont plus faciles à aborder que d'autres, l'alimentation, le sommeil sont plus simples à traiter que les dépendances et la sexualité ; il faut toutefois nuancer le propos en fonction des âges des personnes, des conditions de vie, du niveau culturel.

De manière générale, l'accès à l'information est moins diversifié qu'en milieu urbain. Des idées fausses sont véhiculées par les « traditions » et demandent à être réajustées. Les personnes vivant en milieu rural ont une certaine pudeur et retenue pour parler d'elles. Plus elles sont avancées en âge, plus cette gêne est ressentie, et plus le respect et la mise en confiance sont importants, et plus les techniques éprouvées d'animation s'appuyant sur des supports sont utilisées pour que les personnes partagent et acceptent, dans le contexte d'un groupe, de dévoiler une part d'elles-mêmes.

Car les tabous, les non-dits sont encore plus prégnants dans le milieu rural que dans l'espace urbain, notam-

ment ceux liés à la sexualité mais aussi à la consommation d'alcool, aux violences conjugales, etc. L'éducateur pour la santé devra alors utiliser des supports prétextes pour aborder certaines questions : les fêtes de famille pour parler du « manger et du boire », le désir d'enfant pour aborder la sexualité et la vie amoureuse, la santé des enfants pour commencer un travail sur l'hygiène de vie.

Attention et mise en confiance

Le problème de mobilité résolu, le besoin de partager, d'être ensemble permettra de rompre l'isolement et apportera simplement aux personnes la joie d'être là. Une oreille attentive et une

attitude de mise en confiance feront le reste. Dans les villages isolés, les personnes se connaissent bien. Parfois, c'est un élément facilitateur, dans d'autres cas, au contraire, c'est un frein : « *Que vont dire les autres que je connais si je dis cela de ma vie* ». Pour faciliter les échanges, créer le lien, l'éducateur va travailler sur le « faire ensemble » : cuisiner ensemble, créer un jardin médiéval, etc.

Dans le milieu rural, on ne se fait pas souvent de compliments : ça va ou ça ne va pas ! Alors, quelle que soit la thématique de santé, le territoire ou la population concernée, le maître mot sera la valorisation. L'éducateur pour la santé partira des savoirs et des savoir-faire de

chacun. Au fil du temps, la confiance s'installera, des questions seront posées, des difficultés partagées, etc.

Les spécificités du milieu rural – poids des traditions, plus grande pudeur à se confier, vie personnelle exposée au regard des autres – ne sont pas des freins à la démarche d'éducation pour la santé ; les professionnels se doivent simplement d'accorder une place plus importante au facteur temps !

Françoise Maitre

Directrice,
comité départemental d'éducation
pour la santé des Ardennes,
Charleville-Mézières.

La Mutualité sociale agricole revendique une culture territoriale de prévention

Avec ses quatre millions d'adhérents, la Mutualité sociale agricole (MSA) est le deuxième régime de protection sociale en France. La MSA a développé un programme de promotion de la santé en direction des populations rurales dans différents domaines : risques professionnels, prévention des addictions chez les jeunes, ateliers santé pour les seniors, etc. Pour ce faire, elle s'appuie sur les professionnels de santé et les réseaux de proximité.

La Mutualité sociale agricole a pour fonction première de gérer le régime de protection sociale des actifs et retraités de l'agriculture et de leur famille (*voir encadré*). Son organisation repose sur une structure décentralisée, avec, au niveau national, une caisse centrale, des caisses au niveau départemental ou pluridépartemental, et des agences locales, au contact des assurés. La promotion de la santé figure également parmi ses missions principales et chacun des services de la MSA, qu'il soit administratif, médical ou social, apporte son concours pour mettre en place des actions d'éducation pour la santé ciblées en fonction des orientations et des priorités nationales ou locales, des publics et des territoires. Elles allient promotion de la santé et développement local par leur ancrage sur le milieu, la diversité des thèmes liés aux risques repérés et aux besoins exprimés. Prenant en compte les aspects démographiques, sociaux, culturels et professionnels de la population agricole

ou vivant en milieu rural, elles contribuent à l'amélioration des conditions de vie en zone rurale. Ainsi, par exemple, dans le cadre de sa politique gérontologique, les services médicaux et sociaux de la MSA se mobilisent auprès des personnes âgées avec la mise en place d'actions de préparation à la retraite, de soutien de leurs efforts et projets d'utilité sociale, et de préservation, le plus longtemps possible, de leur autonomie. Sont ainsi proposés « les ateliers du bien vieillir », une prestation « Bien vivre à domicile » pour soutenir les aspects préventifs du maintien à domicile, et le programme d'activation cérébrale (Pac Eureka) en partenariat avec la Fédération nationale de gérontologie.

Autre illustration : la MSA et la préfecture de Dordogne ont soutenu une initiative de prévention de l'alcool auprès des élèves en BEP hôtellerie-restauration et bac professionnel restauration (Éducation nationale et ensei-

gnement agricole privé) ; ces élèves ont élaboré des recettes de cocktails sans alcool, en réponse à un concours organisé par le Salon international du livre gourmand de Périgueux. Les recettes primées ont ensuite permis de sensibiliser les jeunes aux consommations festives d'alcool.

Actuellement, le milieu agricole et rural présente certaines caractéristiques : – l'affaiblissement de la vie sociale, dû, en partie, au vieillissement de la population agricole et à l'exode rural des années 1980-1990 ; – l'installation récente de « néoruraux », qui pose de nouvelles exigences ; – des difficultés de déplacements et de mobilité liées à la carence des moyens de transports collectifs, parfois individuels.

La réponse aux besoins et attentes à satisfaire est élaborée en tenant compte de la dispersion géographique

des ressortissants et des populations rurales. Reliées à un territoire, les actions d'éducation pour la santé impulsées par la MSA supposent la mobilisation de la population et du partenariat local, qu'il soit communal, départemental ou maintenant régional. Ainsi, le développement social des territoires ruraux est considéré comme un axe privilégié des actions conduites par la MSA. Outil méthodologique, le contrat de développement social territorialisé (CDST) formalise les différentes étapes : diagnostic global du territoire, définition de projets thématiques, mise en place de groupes porteurs de ces projets, participation de la population locale, partenariats, évaluation, etc. D'une durée de trois ans, il est proposé à l'ensemble des caisses de MSA depuis janvier 2000. À ce jour, vingt-six contrats ont été signés. Par ailleurs, la MSA souhaite s'impliquer dans l'élaboration et la mise en place de la prévention dans le cadre des groupements régionaux de santé publique récemment créés.

Volonté politique et mutualisation des moyens

La volonté politique institutionnelle de promotion de la santé mise en œuvre en zone rurale fait référence aux principes qui fondent l'intervention de la MSA : valeurs mutualistes, promotion des personnes, développement du milieu et des solidarités, action sociale promotionnelle plutôt que d'assistance. La mutualisation des moyens, décloisonnant les secteurs médicaux et sociaux, favorise la coopération des personnels pour mener conjointement des actions locales d'éducation pour la santé. Les rôles et places de chacun, reconnus, valorisent ainsi la complémentarité des aspects médical et social de la santé. Dans cette mobilisation, clairement affichée par la MSA, ne doivent pas être oubliées les participations, essentielles, des élus MSA et de la population. À titre d'exemple, on peut citer la mise en œuvre du dépistage organisé des cancers féminins : dans ce cadre, des femmes relais formées vont au-devant des femmes isolées, les incitent à participer à ce dépistage et les accompagnent dans leurs déplacements si elles le souhaitent.

Proximité pour s'adapter aux besoins

La MSA met en place des actions d'éducation pour la santé de type populationnel et individuel, couplant la par-

ticipation active de ses adhérents et l'information aux professionnels exerçant dans la zone géographique concernée. Cette approche éducative s'inscrit, à la fois, dans les priorités de santé publique et les préoccupations personnelles des individus. Les réseaux locaux sollicités sur le terrain permettent d'aller à la rencontre des professionnels et des personnes afin de connaître leurs milieux de vie pour les solliciter, les motiver, ou les responsabiliser. Les élus de terrain de la MSA apportent leurs connaissances du contexte socio-économique local, des besoins communs et des situations sociales individuelles.

En matière de promotion de la santé, la MSA privilégie clairement une démarche globale qui situe l'homme dans son environnement, comme acteur de sa santé et celle de sa famille, au-delà du raisonnement médical et de l'offre de soins. C'est aussi une démarche participative impliquant, au-delà des professionnels, les personnes elles-mêmes, qui doivent accéder à l'expertise de terrain et aux compétences. Cette participation – de l'élaboration d'un diagnostic local au niveau d'un territoire aux choix des actions menées – est recherchée systématiquement. La rencontre entre la population d'un territoire et les professionnels permet ainsi de déga-

ger les potentialités respectives, leurs complémentarités éventuelles, puis de renforcer les liens établis tout au long de l'action entreprise ensemble.

Via l'éducation pour la santé, la MSA fait ainsi le choix de favoriser et développer l'acquisition d'un « esprit de prévention » auprès de ses professionnels médicaux et sociaux et des populations agricoles et vivant en milieu rural. Cette attention au capital santé des personnes concerne toutes les activités de la vie quotidienne, dès le plus jeune âge jusqu'à la vieillesse et dans tous les lieux de vie.

Cela a également pour but de responsabiliser l'individu et la collectivité en travaillant sur la « modification des comportements », non par crainte de la maladie mais par l'affirmation du respect de l'individu envers lui-même et envers la collectivité (solidarité), et la coresponsabilité dans la gestion des biens de santé (consommation raisonnée avec la participation attentive des professionnels de santé).

Dominique Oriol

Chargée de mission,
direction de l'Action sanitaire et sociale
et des services aux personnes,
CCMSA, Bagnolet.

Une conception globale de la protection sociale du monde agricole

La MSA gère la protection sociale obligatoire et complémentaire de l'ensemble de la profession agricole : exploitants, exploitants-employeurs et salariés ainsi que leur famille, soit plus de quatre millions de personnes. Deuxième régime de protection sociale français, la MSA est présente face aux enjeux de la protection sociale : politique de santé, lutte contre l'exclusion et la précarité, politique familiale, avenir des régimes de retraites, couverture et prévention des risques professionnels, perte d'autonomie. Elle verse plus de vingt-quatre milliards d'euros de prestations chaque année.

Organisée en « guichet unique », elle gère l'ensemble des risques de sécurité sociale liés à la santé, à la famille, à la vieillesse et au travail. Elle assure également la mission de recouvrement des cotisations sociales. Son action s'appuie sur un maillage territorial dense, via ses élus (dont vingt-cinq mille délégués cantonaux),

afin de conjuguer proximité et cohérence, contexte local et déclinaison en milieu rural des orientations nationales. Cette représentation, unique en son genre, se fait par voie électorale tous les cinq ans. Toute personne assurée par la MSA (bénéficiaires ou cotisants) participe à la désignation des administrateurs. Relais auprès des ressortissants, ils sont impliqués à tous les niveaux de la gestion du régime : de la commune ou canton au département, puis du département au niveau national.

Pour assurer à la population agricole une protection étendue, la MSA dispose de services spécifiques : le contrôle médical et dentaire, la médecine préventive, la santé-sécurité au travail et l'Action sanitaire et sociale (ASS). Les ressources financières s'inscrivent dans une enveloppe globale dédiée à la gestion des caisses, à l'ASS et au contrôle médical. S'y ajoute un fonds de prévention géré par la médecine préventive.

Familles Rurales : acteur de la santé sur le territoire

La promotion de la santé figure parmi les principaux axes d'action de Familles Rurales. L'association met en œuvre des programmes d'accompagnement des femmes au dépistage de cancer, d'information sur la nutrition, de prévention des conduites addictives chez les jeunes et des accidents domestiques. Cependant, les attentes de la population portent également sur le maintien de services publics et de professionnels, et sur un bon maillage de leur territoire.

Contribuer à l'éducation à la santé dans chaque famille est un des objectifs prioritaires de Familles Rurales : en milieu rural comme ailleurs, les questions liées à la santé surgissent partout et à tout moment. Elles sont véhiculées par les médias, présents en temps réel dans les foyers. Entendre l'information est une chose, la replacer dans son contexte et se sentir concerné en sont une autre. Les associations locales ont pour fonction de permettre l'accès à l'information et la compréhension des enjeux. Une finalité que Geneviève Coutable, administratrice nationale de Familles Rurales, formule en ces termes : *« Chaque individu doit s'adapter à l'environnement dans lequel il vit, apprendre à mieux se préserver pour vivre bien et plus longtemps. La promotion et l'éducation à la santé visent à prendre en compte l'être humain dans sa globalité. »*

Familles Rurales propose une grande diversité d'actions dans le domaine de la promotion et de l'éducation à la santé. Citons, par exemple, l'accompagnement des femmes pour le dépistage du cancer du sein, l'alimentation du jeune enfant, apprendre à gérer son budget et équilibrer ses repas, les dangers liés aux conduites addictives, les accidents domestiques, etc. À cette fin, les associations locales de Familles Rurales – au travers des services qu'elles proposent tels que les haltes-garderies, les crèches, les centres de loisirs, les foyers de jeunes, les Relais Familles – sont autant de lieux privilégiés où les familles peuvent se rencontrer, échanger entre elles ou avec des professionnels. Confrontant leurs expériences et acquérant de nou-

velles connaissances, les familles sont ensuite mieux armées pour protéger le capital santé de leurs membres.

Soutien à la parentalité

Ainsi, par exemple, en Picardie, avec l'appui des fédérations régionales et départementales, les associations locales de Familles Rurales animent des lieux d'accueil dénommés « Relais Familles Relais Santé » (*voir l'article*

page 36). Par ailleurs, dans le cadre du plan régional de santé publique, Familles Rurales participe à plusieurs actions sur la santé, comme par exemple des réunions d'information et de sensibilisation sur le thème de l'alimentation. Dans l'Oise, les actions sur la parentalité développées au sein du Relais-Familles départemental ont fait émerger un besoin d'aide et de soutien des parents sur la prise du petit déjeuner pour les enfants scolarisés dès le plus jeune âge. Des ateliers cuisine ont ainsi été proposés, où parents et enfants

ont été accueillis en même temps. Les objectifs de ces ateliers étaient simples : répondre aux questions des parents. Que donner à mon enfant ? Comment le motiver à prendre un petit déjeuner avant d'aller à l'école ? Pour cela, un petit déjeuner a été préparé par les parents avec les enfants et consommé par les familles avant d'accompagner les enfants à l'école. Dans l'Oise, en 2005, six ateliers cuisine ont été organisés, destinés aux parents et grands-parents pour faire évoluer les comportements et les habitudes alimentaires, et en particulier sensibiliser les enfants à la consommation de fruits et légumes. L'antenne de Familles Rurales dans l'Oise communique sur ces thèmes en direction de ses mille deux cents familles adhérentes et consacre en particulier trois numéros par an aux « questions alimentaires ». Un comité de pilotage constitué des représentants des institutions et des partenaires oriente les projets en tenant compte de l'évolution du groupe parents-enfants.

Autre exemple de domaine investi par Familles Rurales, la prévention des accidents de la vie courante. Depuis le jeu « S » comme Sécurité, créé par Familles Rurales, à la fin des années quatre-vingt, sur les accidents domestiques liés aux dangers de la ferme, un long chemin a été parcouru. L'action est désormais centrée autour de l'ensemble des risques d'accidents de la vie courante, une préoccupation centrale pour les familles. C'est ainsi qu'en 2005, dans l'Aude, plus de quatre cents personnes – enfants et adultes – ont été sensibilisées à la prévention des accidents domestiques. Avec l'appui de la Fédé-

ration départementale, de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), de l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie (Urcam) du Languedoc-Roussillon, huit associations locales de Familles Rurales ont proposé des animations, des débats avec des professionnels sur le thème : « Vivons la sécurité, à tous les âges ». Une exposition présentant les dangers de la vie courante, un jeu de l'oie, un cahier à dessiner pour les plus petits ont permis aux publics d'être participatifs. Lors de ces rencontres, il apparaît que les enfants sont très sensibles à ce sujet. Les parents et les frères ou sœurs ont joué un rôle important de communication et d'information auprès des jeunes enfants. Cette rencontre a permis de développer leurs connaissances. En revanche, les personnes âgées ont été plus difficiles à convaincre. Elles acceptent difficilement d'être remises en cause dans leurs pratiques de tous les jours.

Famille, premier acteur de la prévention

Lors de son congrès national à Angers, en 2001, Familles Rurales a voulu en savoir plus sur les attentes de la population et le travail des associations locales en matière de santé. Une enquête a été menée auprès de mille associations. Il en ressort que 99,4 % des responsables d'associations estiment que la famille joue un rôle prépondérant dans la prévention et l'éducation à la santé de ses membres. Et la nécessité de la prévention est fortement affirmée. Car, comme le milieu urbain, le milieu rural n'est pas épargné par certains comportements à risques. Les principaux problèmes cités sont la toxicomanie (63 %), l'alcool (62 %), le sida (49 %), le tabagisme (45 %), la mauvaise alimentation (43 %). Viennent ensuite, parmi les principales préoccupations des familles, la sécurité routière et le suicide.

Les préoccupations de santé des personnes vivant en milieu rural ne s'arrêtent pas à la porte de la maison ou de l'hôpital de campagne ; elle s'étend à la question centrale de l'offre de soins et de la démographie médicale sur l'ensemble du territoire, c'est-à-dire à la présence de professionnels de santé (médecins, infirmières, dentistes, kinésithérapeutes, etc.), de structures de soins (hôpitaux, maternités, etc.) et à l'organisation de services d'urgence effi-

caces. L'égalité d'accès au service public de la santé et l'aménagement équilibré du territoire sont des facteurs majeurs de la qualité de vie du monde rural. Les habitants du milieu rural en ont bien conscience et n'admettent pas une décision de fermeture d'un établissement ou d'un service sans explications ou sans qu'elle ne suscite de réaction. Dans l'enquête mentionnée ci-dessus sur les principales attentes des populations, les associations citent comme principales attentes un bon maillage et un maintien des services et des professionnels de santé tels que le médecin, le pharmacien, l'infirmière. Les autres attentes concernent d'autres types de services tout aussi précieux au quotidien : distributeurs de billets, boulangerie, école primaire, pompe à essence.

Représentant des usagers

Familles Rurales joue également un rôle de porte-parole des familles dans les territoires ruraux afin de leur donner les moyens d'être actrices de leur santé et de leur milieu de vie. L'association siège ainsi dans plusieurs conseils d'administration d'hôpitaux locaux. « *Même si c'est parfois le cas, la légitimité d'un représentant d'une association familiale au titre des usagers au sein d'un conseil d'administration d'hôpital ne peut être contestée car nos statuts et plus particulièrement l'article 4 précisent que les associations familiales ont voca-*

tion à assurer la défense des intérêts des familles, au premier rang desquels se trouve la santé », souligne Joseph Lemordant, administrateur du centre hospitalier intercommunal de Plémet-Loudéac, où il représente les usagers depuis 1996. Et d'ajouter que les associations Familles Rurales sont effectivement les plus représentatives dans ce pays Centre Bretagne et que les pouvoirs publics en ont tenu compte lors de la désignation des représentants des usagers. « *Nous représentons l'ensemble de la population et plus particulièrement les usagers potentiellement utilisateurs des services de l'hôpital. Dans un premier temps, j'ai une action d'écoute auprès des professionnels et des usagers et, dans un second temps, j'ai pour mission de défendre au mieux les intérêts des usagers.* » En promotion de la santé, cela signifie « *rappeler la nécessité de la relation avec le patient : savoir écouter le malade, porter attention à ses demandes et inscrire l'utilisateur au cœur du système de santé* ». Ainsi, à tous les échelons territoriaux, les représentations exercées par l'association au titre des familles permettent aux différentes instances de prendre en compte les besoins des populations vivant en milieu rural.

Béatrice Magdelaine

Chargée de mission prévention santé,
Fédération nationale Familles Rurales, Paris.

Cent quatre-vingt mille familles et quarante mille bénévoles

Familles Rurales est une association loi 1901, rattachée au code de l'action sociale et des familles, ce qui en fait un mouvement familial. Ce mouvement, soutenu par quarante mille bénévoles, représente cent quatre-vingt mille familles du milieu rural. De ce fait, Familles Rurales est le premier mouvement familial de France ; son organisation est structurée en fédérations nationale, régionales, départementales et trois mille associations locales.

Fondée sur les valeurs de « participation, responsabilité et solidarité »¹, l'association met en œuvre depuis sa création un projet porteur d'une vision globale de la personne, où chaque individu, membre d'une famille, inséré dans un tissu de relations sociales, devient acteur de sa vie et de la société.

Soixante ans d'actions locales visant à « *l'épanouissement des personnes, la promotion des familles et le développement de leur milieu de vie* » ont concerné de multiples domaines dont la promotion et l'éducation à la santé, la prévention des maladies, la représentation des usagers et l'organisation des services de santé sur les territoires.

Porté par les préoccupations croissantes des familles, de leurs associations et fédérations, Familles Rurales s'est engagé plus fortement dans des débats concernant le système de santé et en particulier l'Assurance Maladie, l'offre de soins en milieu rural et/ou les droits des malades.

B. M.

¹ *Projet de société Familles Rurales.*

Territoire et participation, des moteurs de la promotion de la santé en milieu rural

Programmes de santé communautaire, actions de promotion de la santé dans les établissements scolaires, les hôpitaux, initiatives en direction des jeunes, des personnes âgées, formation des professionnels de santé : une vingtaine d'actions mises en œuvre dans les zones rurales sont présentées ci-après. Dans la première partie, sont

recensées les actions essentiellement basées sur la participation des populations et des professionnels. Dans un second temps, les initiatives présentées ont pour point commun de partir d'une dynamique territoriale, par exemple le regroupement de cantons, pays ou communautés de communes.

Manche : face à la crise, une action communautaire de promotion de la santé

Dans un canton du département de la Manche en proie aux difficultés économiques, les professionnels de la santé et du social se sont réunis pour recréer du lien social, créer des échanges et informer la population locale. La promotion de la santé des jeunes et des femmes figure au centre de cette action communautaire.

Depuis deux ans, la commission santé du comité local d'insertion du canton de Quettehou, dans le département de la Manche, expérimente la construction d'une démarche participative en santé via des rencontres entre les professionnels de la santé et du social, d'une part, et la population, d'autre part. Cette commission réunit une vingtaine d'acteurs locaux : assistantes sociales, médecin, infirmières puéricultrices, conseillers d'insertion, animateur RMI, animateurs socioculturels, chargée de mission programme départemental d'insertion/ Praps, psychologue, chargés de projet en éducation pour la santé, représentants des usagers, membres actifs d'associations de solidarité. Ils sont mandatés par différentes institutions (MSA, Ddass, conseil général, Cram, CPAM, secteur de santé mentale). Le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) de la Manche, antenne du comité régional d'éducation pour la santé de Basse-Normandie, accompagne ce groupe avec ses compétences en méthodologie de projets participatifs.

Ce canton rural du Nord Cotentin compte environ dix mille habitants. Il est caractérisé par des transformations du monde de la pêche et du monde agricole avec un impact fort sur les réseaux locaux de solidarité. Il fait face à des

besoins spécifiques connus par les institutions et portant notamment sur l'amélioration de la démographie médicale.

Porte-à-porte

Entre février 2005 et mars 2006, les membres de la commission ont souhaité croiser ces besoins avec ceux perçus par la population. Ils se sont alors préparés à dialoguer avec les habitants pour mieux comprendre la dynamique communautaire du canton : à quelles occasions les habitants se rencontrent-ils ? Dans le cadre de quels réseaux ? Qu'est-ce qui leur donne envie de se déplacer ? Quelles sont leurs préoccupations de vie quotidienne ?

Des membres volontaires de la commission se sont lancés dans une première phase de mobilisation. Ils ont sonné à la porte des gens qu'ils connaissaient pour leur expliquer la démarche et leur donner envie de venir à une première rencontre. À partir de là, deux groupes ont été constitués, l'un accueillant des adolescents, l'autre des mères de famille et des jeunes femmes.

Trois rencontres ont eu lieu avec une quarantaine d'adolescents dans le cadre de ciné-débats. Cette méthode consiste à organiser des soirées d'échanges avec les jeunes à la suite du visionnage d'un film négocié avec eux et en lien avec des préoccupations de vie quotidienne. Les jeunes ont pu dialoguer avec des professionnels de la santé et du social sur différents sujets : violence, sexualité, dépendances. Ils ont souligné l'importance d'échanger et de dialoguer à partir de questions de santé sur un autre mode que celui du transfert d'infor-

mations. De leur côté, les animateurs ont été surpris par l'expression de ces jeunes et leur capacité à dire ce qu'est pour eux une relation de qualité entre jeunes et adultes. Aujourd'hui, cette action orientée sur le développement des compétences psychosociales se poursuit.

Groupes de dialogue

Par ailleurs, six rencontres ont eu lieu avec une vingtaine de mères de famille et de jeunes femmes. Ces temps ont été animés et régulés par deux professionnels de la santé et du social avec le soutien du Codes. Basées sur l'échange, le questionnement et l'écoute, ces rencontres ont permis de mieux comprendre les processus d'isolement et d'ennui, et d'identifier les ressources à développer pour les dépasser. Le plus souvent en situation de précarité, ces femmes ont d'abord exprimé une souffrance qualifiée par elles d'isolement : comment bien vivre avec ses enfants dans une société axée sur la consommation ? Comment supporter le regard des autres sur soi ? À quoi bon aller à l'extérieur quand personne ne vous attend ? Dans un second temps, les participantes ont exprimé des idées portant notamment sur la mise en place des temps réguliers destinés à faciliter la vie relationnelle entre habitants du territoire. Une dernière rencontre a permis aux animateurs de restituer une synthèse des échanges. À partir des besoins et ressources, habitants, professionnels et bénévoles ont constitué un groupe promoteur destiné à développer cette action de promotion de la santé. Il s'agit d'un cycle de rencontres mensuelles ouvertes à tous sur des sujets de vie quotidienne : la construction des habitudes alimentaires dans la famille, l'accès aux ressources du

territoire, le renforcement des relations de voisinage, le développement des compétences psychosociales.

Les professionnels de la santé et du social, habitués à une prise en charge individuelle basée sur le binôme problème/solution, ont expérimenté une logique participative et collective. Dans ce cadre, la population devient partenaire et ne constitue plus un objet d'intervention. Le Codes a accompagné ce nouveau positionnement en aidant à l'animation des rencontres et à la régulation des inquiétudes des professionnels : comment construire une posture d'animateur d'un groupe d'expression ? Jusqu'où questionner les pratiques individuelles ? Comment gérer les ten-

sions dans le groupe ? Comment prendre du recul par rapport à ce que les professionnels savent des situations individuelles ? Comment travailler en symétrie avec les usagers ? Des modifications des représentations sont également nécessaires du côté des habitants car, le plus souvent, ils ne sont pas habitués à sortir des cadres classiques de l'intervention sociale et médicale.

Cette action de promotion de la santé poursuit une logique complémentaire par rapport à un suivi individualisé ou à une programmation sociale descendante. Orientées en santé communautaire et en développement local, ces dynamiques favorisent l'activation de capacités relationnelles collectives profitables aux

populations. Mais la participation ne se décrète pas, elle se construit selon des processus et une méthodologie spécifiques. C'est le rôle des professionnels de la promotion de la santé d'accompagner ce mouvement.

Jean-Marc Soulard

Responsable,

Amélie Pihan

Chargée de projet,

Codes de la Manche, Cherbourg-Octeville.

Dr Jean-Luc Veret

Directeur,

Dr Nathalie Lesplingard

Directrice adjointe,

comité régional d'éducation pour la santé de Basse-Normandie, Hérouville-Saint-Clair.

Sarthe : des groupes d'entraide pour prévenir le suicide

Depuis plus de cinq ans, la fédération Familles Rurales de la Sarthe s'implique dans le domaine de la prévention en luttant notamment contre l'isolement et le silence qui enferment l'entourage des personnes qui se sont suicidées. La souffrance de ce deuil lié à une mort brutale déséquilibre les proches, mettant parfois en péril leur santé physique

et psychologique. Jusqu'alors, dans le département, il n'existait pas de dispositif ou d'initiative pour accompagner cette population particulièrement exposée au risque de reproduction du suicide. C'est pourquoi Familles Rurales a eu l'idée de développer des groupes d'entraide et de soutien qui lui sont spécialement dédiés.

Des rencontres régulières se déroulent par petits groupes entre familles touchées, leur permettant d'échanger avec ceux qui vivent la même situation et peuvent comprendre leur détresse. Un dispositif qui les aide à franchir à leur rythme les étapes de leur chemin de deuil. Ces groupes de parole sont animés par une salariée de

la fédération départementale, formée à cet accompagnement spécifique et qui bénéficie de la supervision régulière d'un psychologue. Entre 2001 et 2005, quatre-vingts rencontres ont eu lieu dans deux villes du département : Le Mans et Sablé-sur-Sarthe. Une permanence téléphonique est également mise à la disposition des familles qui ressentent le besoin de parler de leurs angoisses, de leur peine.

Familles Rurales a souhaité renforcer son action et organise également, depuis 2003, des conférences sur le deuil (après la disparition d'un proche, à la suite d'un suicide ou d'autres causes

de décès), ouvertes au public. Elles s'adressent aussi bien aux proches qu'aux professionnels amenés à les soutenir. En première partie, la salariée de la fédération, également en charge des groupes d'entraide, informe sur le processus de deuil. Dans la deuxième partie de la soirée, le dialogue s'engage avec les familles. Plus de trois cents personnes ont déjà assisté à ces réunions d'information. Les participants ne viennent pas toujours des alentours mais parfois de cantons voisins et même, dans certains cas, d'autres départements, recherchant peut-être une forme d'anonymat. Six conférences se sont tenues en 2005, vingt depuis 2003. Ce dispo-

sitif répondant à une demande, les conférences ont été reconduites en 2006.

Ces deux actions bénéficient du soutien de la caisse primaire d'Assurance Maladie de la Sarthe et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Des initiatives indispensables en milieu rural, où les conditions d'isolement aggravent la souffrance des proches de disparus, à la suite d'un suicide, qui ont d'autant plus besoin de soutien.

Angélique Pineau

Journaliste,

Fédération nationale Familles Rurales, Paris.

Des « ateliers du bien vieillir » pour les seniors en Picardie

En région Picardie, la MSA a mis en œuvre, depuis 2005, des ateliers de promotion du vieillissement réussi pour les seniors. Des animateurs spécifiquement formés y interviennent sur des thématiques comme la nutrition, l'activité physique, l'équilibre, l'ostéoporose, le sommeil et les traitements médicamenteux. Ces ateliers interactifs incluent des exercices et de la relaxation.

En l'espace de cent ans, l'espérance de vie globale de la population est passée, en France, de 47 à 75 ans. Comment préserver la qualité de ces années de vie gagnées ? Comment rendre acteurs de cette tâche les seniors eux-mêmes ? Comment s'appuyer sur leur expérience et les aider à modifier leurs éventuelles fausses représentations ?

En 2003, la Mutualité sociale agricole (MSA) a créé un agenda santé des seniors. Conçu comme un support de communication avec le médecin traitant, il fait à la fois office de recueil de conseils sanitaires et outil d'auto-surveillance. Après évaluation, cette première initiative a été complétée, à partir de 2004, par la création des « ateliers du bien vieillir ». Leur objectif est la modification des comportements par l'acquisition de compétences cognitives et psychocomportementales. Ces ateliers ont été élaborés avec l'aide d'experts¹ et reposent sur les données scientifiques validées. Le vieillissement y est abordé sous l'angle sanitaire mais aussi social, intellectuel, spirituel, financier et de l'hébergement. Les ateliers sont organisés au plus près des populations sous forme d'un cycle de six modules d'enseignement interactif en petits groupes de quinze personnes environ, alternant exposés, animations, exercices, activités physiques et relaxation.

Dans un premier temps, la MSA organise une conférence sur le bien vieillir à l'échelle d'un canton. Les participants y reçoivent un agenda santé des seniors et peuvent s'inscrire aux ateliers du bien vieillir. Le cycle de six ateliers se déroule à raison d'une séance de trois heures, une fois par semaine ou par quinzaine, dans l'ordre suivant :

- *Bien vieillir : bien dans son corps, bien dans sa tête* : représentations, prise de conscience de la possibilité d'un rôle actif, intégration des éléments clés du vieillissement réussi.
- *Nutrition et activité physique* : pas de retraite pour la fourchette ; bouger, c'est la santé : équilibre alimentaire et hydrique ; intégration d'activités physiques au quotidien.
- *Organes des sens, équilibre* : les cinq sens en éveil, garder l'équilibre : organes des sens et autonomie, bien les entretenir, compenser les déficits, prévenir les chutes.
- *Os, calcium, ostéoporose* : faites de vieux os : conséquences pour l'alimentation et l'activité physique.
- *Dormir quand on n'a plus 20 ans* : facteurs nuisibles, techniques cognitivo-comportementales validées, éviter les somnifères.
- *Médicaments et vieillissement* : le médicament, un produit pas comme les autres : connaître son traitement, consommation excessive ou anarchique, automédication, hygiène de vie à l'appui des médicaments.

Dans le but de rester proche de la population rurale, les ateliers sont mis en place dans des salles de bourgs ou de villages. À partir de 2006, la MSA étend les ateliers du bien vieillir à l'ensemble du territoire national. Ils sont animés par des personnes possédant une expérience d'animation et spécifiquement formées à l'outil.

En 2005, trois cent cinquante et un seniors ont participé à ces ateliers ; l'évaluation qui en a été faite (par questionnaire d'autoévaluation des comportements à l'aide de grilles, adressé aux participants un à deux mois après la fin des séances) a montré, outre la satisfaction des participants, que les connaissances progressent et, surtout, que les comportements s'améliorent de façon significative : consommation de calcium, d'eau, de fruits et légumes, de viande et de poisson, durée quotidienne de marche et d'activité physique à domicile, fréquence des activités intellectuelles, attitudes par rapport au sommeil (éviction des excitants, mise en œuvre des techniques cognitivo-comportementales, absence de recours aux somnifères), attitudes vis-à-vis du médicament (discussion du traitement avec le médecin, connaissance des indications, des effets indésirables, moyens facilitant l'observance, recueil d'information fiable avant automédication).

Pour mesurer ces modifications à plus grande échelle, il faudrait multiplier les ateliers du bien vieillir. La MSA souhaite les inscrire dans les plans régionaux de santé publique (PRSP) et engager, à cette fin, une politique de développement partenarial local avec, par exemple, les autres régimes d'Assurance Maladie obligatoires et complémentaires, les fédérations d'associations de retraités, comme les clubs d'Aînés ruraux ou les anciens exploitants.

François Frété

Médecin conseil,

Association régionale des caisses de Mutualité sociale agricole (Aromsa), Picardie.

1. Pr Laurent Teillet, gériatre AP-HP, médecin de la caisse centrale de MSA, Succesfull aging, Age village.

En Haute-Vienne, les cantons font cause commune pour l'équilibre nutritionnel

Dans quatre communes du nord de la Haute-Vienne, les assistantes maternelles sont formées à l'équilibre nutritionnel et des ateliers cuisine destinés à une population en difficulté permettent de préparer ce qui a été cultivé dans un jardin alentour.

Dans le cadre du programme régional nutrition santé, le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) de la Haute-Vienne a réalisé un diagnostic sur le thème « Alimentation et santé ». Cette enquête s'est déroulée de janvier à juin 2005 sur quatre cantons ruraux du nord du département : Chateauponsac, Magnac-Laval, Le Dorat, Saint-Sulpice-les-Feuilles. Deux cents personnes (élus, professionnels, associations) ont été contactées par rencontre directe, téléphone ou courrier. La population a été sollicitée par questionnaire. L'enquête a permis de définir des priorités au plus près des besoins du territoire et de mettre en œuvre plusieurs projets.

À l'échelle intercantonale

Une formation des personnels de cantine, d'une durée de trois jours, a été mise en place et effectuée par le Centre national de la Fonction publique territoriale (CNFPT). Elle porte sur la nutrition et les équilibres alimentaires, le rôle éducatif et culturel du repas. Huit personnes travaillant dans sept écoles maternelles et élémentaires sont actuellement en cours de for-

mation. Le Codes effectuera ensuite un suivi, en lien avec les écoles concernées : mise en place d'actions par les personnes formées, rencontres-débats avec les assistantes maternelles, les parents et les enfants ; ces rencontres seront animées par une éducatrice et une animatrice du Codes et se dérouleront dans deux « relais assistantes maternelles » situés dans deux communes, Le Dorat et Arnac-La-Poste.

Ces réunions se déroulent tous les deux mois, le thème de l'alimentation a été élargi à d'autres sujets de santé à la demande des assistantes maternelles. Entre quinze et vingt personnes – parents et assistantes maternelles – participent à ces rencontres. Parallèlement, cinq mille documents d'information sur l'équilibre nutritionnel édités dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS) ont été diffusés via les médecins et les pharmaciens sur ce territoire.

À l'échelle des cantons, des communes

Plusieurs actions ont été mises en place au plus près des populations : un réseau d'écoles travaille, depuis plusieurs années, sur l'apprentissage du goût, deux écoles ont mené des projets d'éducation nutritionnelle au cours de l'année scolaire 2005-2006, deux centres de loisirs ont développé avec les enfants des activités autour de l'alimentation et l'un d'eux a

réalisé un livre de recettes à partir d'un atelier cuisine. Pour relayer l'information, le bulletin municipal de Chateauponsac a publié des articles sur la nutrition.

Par ailleurs, des ateliers cuisine ont été mis en place pour des personnes en situation de précarité, en lien avec le Secours catholique. Pour faciliter cette démarche, la municipalité de Chateauponsac a mis à disposition du Secours catholique un terrain qui a été défriché et cultivé par les bénéficiaires. L'atelier cuisine, animé par le Codes, a pour objectif la réalisation de recettes simples, à partir des légumes du jardin et des denrées provenant de la Banque alimentaire. Une dizaine de personnes fréquente ces ateliers. Les interventions du Codes sont financées par la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) et l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie. Les actions s'appuient sur les ressources locales (mise à disposition de salles par les municipalités et des personnels des structures, etc.). Le diagnostic a permis de créer une dynamique sur ce territoire et de favoriser l'émergence de projets autour de la nutrition.

Martine Pellerin

Chargée de mission,

Comité départemental d'éducation pour la santé de Haute-Vienne, Limoges.

Prévention des accidents de la vie courante chez les 3-10 ans en Aveyron

D'une manière générale, les enfants méconnaissent les dangers liés à l'utilisation ou à la manipulation de produits toxiques, à l'utilisation d'un appareil électrique dans un environnement humide qui peuvent provoquer des accidents plus ou moins graves. Pour améliorer l'information des plus jeunes, les centres de loisirs Familles Rurales de l'Aveyron ont mis en place, pendant l'été 2006, une action de sensibilisation à la prévention des accidents de la vie courante, qui a concerné les deux cent quatre-vingts enfants accueillis. Les parents bénévoles et responsables de onze centres de loisirs ont intégré les notions de responsabilisation et d'autonomie des enfants dans les projets éducatifs des centres de loisirs.

Afin de permettre aux animateurs de souscrire au développement de cet objectif éducatif,

Familles Rurales a sollicité la MSA Tarn-Aveyron pour les former et les sensibiliser aux questions liées aux accidents de la vie courante. Une journée d'animation a ensuite pu être organisée dans chaque centre de loisirs auprès des enfants de 3 à 10 ans. Avec l'appui de la fédération départementale Familles Rurales et de la MSA, un intervenant a proposé une exposition tournante « Planétarisk » et des animations interactives aux enfants. Les animateurs et les parents ont été associés à cette initiative, y compris en tant qu'intervenants. Ces échanges ont donné la possibilité aux enfants de préparer un spectacle sur le sujet à l'intention de leurs parents. À l'issue de la journée, chaque enfant est reparti avec un livret sur les accidents de la vie courante, intitulé « Célestin ». Ce document a permis aux animateurs de poursuivre

la sensibilisation les jours suivants à travers des coloriages ou des sketches.

L'appui technique et les outils pédagogiques mis à disposition par la MSA ont créé une dynamique auprès des personnels encadrants et des enfants. Un sondage auprès des parents a permis de constater que les animations proposées ont été appréciées sur le contenu et sur la forme.

Béatrice Magdelaine

Chargée de mission prévention santé, Fédération nationale Familles Rurales, Paris.

Patrick Carrière

Animateur vie quotidienne, Familles Rurales Aveyron, Rodez.

1. Planétarisk, exposition sur les accidents de la vie courante, visualise les sources de risque (MSA).

Un chauffeur pour les personnes âgées

Pour permettre aux personnes âgées ou isolées de se déplacer, MSA et Familles rurales ont, dans le département de la Manche, mis en place un service de transport à faible coût, assuré par des bénévoles.

Dans la Manche, le conseil général a développé une action territoriale avec pour objectif de rompre l'isolement des personnes seules et/ou âgées. Pour ce faire, il a scindé le département en huit zones appelées « les territoires de solidarité ». Chaque territoire a défini ses objectifs et mis en œuvre ses propres actions : organisation d'un colloque sur le suicide dans le bocage normand sur le territoire de solidarité du Granvillais, action partenariale intitulée « être acteur de son devenir » pour lutter contre l'exclusion en milieu rural sur le territoire de solidarité du Valognais, etc.

C'est dans ce cadre que, depuis 1985, MSA et Familles Rurales de la Manche ont mis en œuvre en partenariat une action intitulée « solidarité transport ». Le principe est simple : un

conducteur bénévole véhicule des personnes qui n'ont pas de moyens de locomotion. Ce, pour un coût modique (la prise en charge du carburant). Ce service s'adresse à l'ensemble de la population isolée du milieu rural. Il répond à des besoins de proximité. Un comité de pilotage a arrêté les règles de ce service et un contrat précise les modalités de fonctionnement du service rendu à la personne. Comme il s'agit d'un service de proximité, les déplacements sont limités au canton et aux cantons limitrophes. S'agissant d'un service de solidarité, l'accès au service n'est possible que pour les personnes non imposables, sans moyens de locomotion et isolées. La participation financière est fixée par le comité de pilotage, elle correspond au défraiement d'essence.

Sur l'ensemble du département, quatorze cantons, treize associations dont neuf associations Familles Rurales contribuent au développement de cette action. En 2005, cent trente-huit bénévoles ont permis à quatre cent quatre-vingt-dix-sept foyers de faire appel à ce service. Parmi les deux mille deux cent vingt-

quatre transports effectués, 80 % concernaient l'accès aux soins.

Au-delà du service rendu, le temps de transport est vécu par les personnes comme un temps d'échange et de lien social. D'une certaine façon, accéder aux soins, c'est être aussi en bonne santé et se sentir mieux. Pour des examens médicaux lourds type IRM, il est parfois nécessaire de parcourir plus de cent kilomètres pour accéder au service du centre hospitalier. N'ayant pas de prise en charge par l'Assurance Maladie se pose là encore, principalement pour les personnes âgées ou en difficulté, la question du moyen de transport. L'accompagnateur bénévole est là pour rassurer la personne, la reconforter quelle que soit la situation et parfois après de longues heures d'attente sur place.

Béatrice Magdelaine

Chargée de mission prévention santé,
Fédération nationale Familles Rurales, Paris.

Yvelyne Lambert

Directrice,

Carine Vallée

Chargée de mission,
Familles Rurales de la Manche, Saint-Lô.

Aveyron : dépistage itinérant du cancer du sein

Après 50 ans, les femmes peuvent avoir accès à une mammographie de dépistage gratuite tous les deux ans ; seulement, lorsque l'on habite au fond de l'Aveyron, à plus d'une heure de voiture du centre de radiologie le plus proche, il n'est pas facile d'en bénéficier. Pour remédier à ce problème, le conseil général a mis à leur disposition un bus équipé en cabinet de radiologie itinérant, appelé Mammobile, qui sillonne la campagne depuis octobre 2001. Véritable outil de proximité, ce bus visite chacun des trente-trois cantons alternativement tous les deux ans.

Le dépistage du cancer du sein est géré par une équipe de professionnels de santé comprenant un médecin généraliste formé au dépistage, deux manipulatrices en électroradiologie et une secrétaire. Les déplacements

du Mammobile sont gérés par l'association départementale Adeca (Association aveyronnaise pour le dépistage des cancers), dont Familles Rurales est membre du conseil d'administration.

L'Adeca invite chaque année par courrier les femmes de 50 ans du département à se présenter dans un centre de dépistage ; elles ont alors le choix entre le Mammobile et la consultation dans un cabinet médical privé. Dans le cas d'un dépistage positif effectué au Mammobile, c'est l'association qui envoie un courrier à la personne, l'invitant à prendre contact avec son médecin traitant, qui reçoit parallèlement le dossier de la patiente.

De plus, un comité féminin pour le dépistage du cancer du sein contribue à cette action. Ce comité, composé de femmes issues de diffé-

rentes origines socioprofessionnelles, assure l'accueil et l'écoute des femmes venant en consultation. Ce comité est composé de différentes institutions (MSA, CPAM, etc.) et associations dont Familles Rurales, et a également une mission de formation à l'écoute auprès des bénévoles qui accueillent les femmes au Mammobile.

Sur le canton de Najac, les bénévoles offrent un café et expliquent le déroulement de l'examen, avec l'objectif de réduire l'angoisse préalable à ce type d'acte de prévention. Un échange qui rassure, avant que la mammographie ne soit pratiquée.

Patrick Carrière

Animateur vie quotidienne,
Familles Rurales Aveyron, Rodez.

Béatrice Magdelaine

Chargée de mission prévention santé,
Fédération nationale Familles Rurales, Paris.

Gironde : des groupes de parole autour de la mémoire et du soutien familial

Dans le département de la Gironde, une psychologue du comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, en collaboration avec les professionnels de santé et les collectivités locales, a créé des groupes de « parole mémoire » pour les personnes âgées en milieu rural. Elle propose également des groupes de soutien aux familles ayant une personne âgée à charge.

Depuis 1994, le comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé (Craes), avec la collaboration du conseil général de la Gironde (financeur principal), le service Santé Garonne de la commune de Caudrot et les professionnels de santé de plusieurs cantons, a mis en place des groupes de parole incluant un travail sur la mémoire, afin de prévenir le vieillissement pathologique chez les personnes âgées. L'action se déroule sur cinq communes rurales du Sud Gironde : La Réole, Langon, Captieux, Monségur et Portets. D'autres organismes locaux – mairies, Clic de La Réole, maisons de retraite, hôpitaux locaux – se sont associés à ce projet. Ils réalisent un travail d'information et d'orientation des personnes vers les groupes.

L'action est pilotée par une psychologue de l'équipe du Craes/Crips, se fondant sur son

expérience antérieure de recherche (étude Paquid, université de Bordeaux -2) auprès de la population âgée de plus de 60 ans dans ce secteur rural. L'interlocuteur principal dans chaque commune est l' élu responsable du centre communal d'action sociale (CCAS). Deux types de groupes de parole ont été mis en place :

– les groupes de « parole mémoire » pour les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile, avec soit une plainte de perte de mémoire, soit des pertes de mémoire débutantes. Ces personnes sont informées de l'existence de ces groupes par la presse municipale et locale, par des dépliants et des affiches et également par les professionnels du travail de la santé et du social ;
– les groupes de « parole famille », qui s'adressent spécifiquement aux personnes et/ou familles ayant un parent âgé à leur charge.

Les groupes « parole mémoire » se réunissent tous les quinze jours, pendant dix mois au minimum, sur les cinq sites. Les groupes « parole famille » se réunissent une fois par mois pendant dix mois au minimum. Ces groupes sont accueillis dans une résidence pour personnes âgées appartenant à la commune. Les personnes inscrites sont libres de continuer l'activité d'une année sur l'autre ou de l'arrêter.

Ce dispositif poursuit trois objectifs : prévenir les effets négatifs de l'isolement, prévenir l'accé-

lération des troubles débutants des capacités cognitives, prévenir les risques d'agressivité, de rejet liés à la prise en charge d'un parent âgé.

En moyenne, soixante-dix personnes par an s'inscrivent aux groupes de « parole mémoire » pour l'ensemble des sites. Nombreuses sont celles qui viennent depuis plusieurs années. Un des résultats les plus marquants est la création des réseaux relationnels qui se sont tissés entre les participants et en dehors du groupe. De ce fait, ces groupes jouent un rôle important dans la prévention de l'isolement et de ses conséquences sur la vie psychique et donc sur la mémoire. Les évaluations annuelles de cette action montrent que, chez les personnes assistant aux groupes, les plaintes concernant les pertes de mémoire ainsi que les plaintes dépressives diminuent.

Pour les groupes de « parole famille », on dénombre en moyenne vingt participants par an. Cet axe s'est révélé le plus difficile à maintenir, la situation de groupe suscitant des réticences lorsqu'il s'agit d'évoquer la vie familiale. Depuis plusieurs années, rencontres groupales et rencontres individuelles alternent.

Gabriela Pig-Lagos

Psychologue, Craes/Crips, Bordeaux.

Maison familiale rurale : un lieu de promotion de la santé en région Bourgogne

Dans le canton rural de Ruffey-lès-Beaune, en Côte-d'Or, la Maison familiale rurale forme les jeunes aux métiers de l'agriculture. Des après-midi débats au cinéma local permettent aux professionnels de santé et aux associations (infirmiers, Planning familial) d'échanger avec les élèves sur les conduites à risques et de travailler plus globalement autour de la promotion de la santé.

La Maison familiale rurale de Grandchamp, établissement de formation qui joue un rôle important dans le développement local, est une association loi 1901 dont l'objectif est la formation des jeunes aux métiers de la nature, de la vigne et du vin. Elle regroupe trois niveaux de formation :

- 4^e et 3^e de l'enseignement agricole ;
- brevet d'études professionnel agricole (Bepa) vigne et vin ;
- bac professionnel commercialisation des vins.

Les particularités pédagogiques des Maisons familiales rurales (*voir encadré*) résident dans quelques principes :

- établissement de taille humaine, environ cent à cent cinquante élèves ;
- formation en alternance, moitié en centre de formation, moitié en entreprise ;
- une équipe pédagogique constituée des formateurs et de l'ensemble du personnel, dont la mission éducative nécessite une implication importante et une relation forte avec les parents et maîtres de stage.

À noter que les élèves de 4^e-3^e et Bepa sont internes, ainsi que 90 % des élèves de bac professionnel. Autre particularité, les formateurs sont, à tour de rôle, présents à la Maison familiale jusqu'à vingt et une heure trente. Cette particularité permet des échanges plus riches avec les élèves car le formateur a l'occasion de participer avec les élèves à des activités d'animation.

Depuis quinze ans, l'équipe de Grandchamp a voulu sensibiliser les jeunes sur des sujets tels que les conduites addictives, mais également l'homophobie, le sexisme, le handicap. Ces différents thèmes sont intégrés au cursus d'enseignement car il est indispensable que les jeunes soient préparés à affronter d'éventuels problèmes et puissent réagir avec discernement.

Au fur et à mesure de nos expériences, l'approche a fortement évolué. Nous sommes pas-

sés d'apports théoriques, évalués comme étant peu efficaces avec le recul, à une méthode plus participative (enquêtes, interviews, rencontres avec les infirmiers, le Planning familial, les associations, etc.). Un travail de partenariat avec la Mutualité sociale agricole au niveau départemental et national et avec la direction générale de l'Enseignement et de la Recherche du ministère de l'Agriculture a permis en particulier d'organiser avec les élèves des après-midi débats autour de ces thèmes avec en support des courts-métrages sélectionnés par des jeunes de l'enseignement agricole. Ces séances sont suivies d'un débat – organisé dans un cinéma, tout autre cadre que l'enseignement classique –, auquel participent différents acteurs

socioprofessionnels ; elles ont, pour les élèves, un autre retentissement et sont des supports pour rebondir ensuite sur ces thèmes.

Il est difficile d'évaluer les résultats de ce travail mais on constate que, par cette approche, le thème des conduites addictives n'est plus tabou et qu'à de multiples occasions les membres de l'équipe pédagogique ont pu en discuter avec les élèves en dehors de la salle de cours. Un groupe d'élèves a voulu poursuivre le travail effectué en 2005 et se prépare à réaliser un document audiovisuel sur la consommation d'alcool chez les jeunes.

Même si ces thèmes ne sont pas forcément intégrés au référentiel des formations du ministère de l'Agriculture, il nous semble important de leur réserver une place significative si on veut permettre aux élèves de se prendre en charge : cette approche leur permet d'intégrer toutes les données et d'avoir une réaction plus réfléchie face à des problèmes de société.

Au-delà de cette démarche de promotion de la santé entreprise avec les élèves, la Maison fami-

liale de Grandchamp assure un lien social pour la population de ce territoire rural. Concrètement, la Maison familiale est un lieu de restauration, de documentation et d'accueil pour les réunions locales. Depuis 1988, la Maison assure ainsi la restauration scolaire du regroupement pédagogique intercommunal (RPI) de Ruffey-Vignolles (quatre-vingts repas servis le midi) et met à disposition sa salle informatique pour que les élèves des classes primaires du RPI de Ruffey-Vignolles puissent bénéficier de la formation au brevet d'initiation à l'informatique (B2I). Enfin, le prêt de salles se fait à titre gracieux pour les associations locales, les organisations professionnelles, agricoles ou autres. L'implantation des associations et l'implication des administrateurs, des membres de l'équipe favorisent ainsi un travail de partenariat qui profite au développement local.

Jacques Ganne

Directeur de la Maison familiale rurale de Grandchamp, Ruffey-lès-Beaune.

Site Internet : <http://mfr.grandchamp.free.fr>

Quatre cent cinquante Maisons familiales rurales en France

Les Maisons familiales rurales (MFR) sont des établissements scolaires sous contrat de participation avec l'État pour les formations de l'enseignement agricole. Elles ont développé un système pédagogique original en deux temps : sur le terrain, le temps « du faire et de l'action », et à l'école, le temps « de la réflexion et du sens », et sont à l'origine de l'alternance. Les MFR s'emploient également à mettre en œuvre trois autres principes :

- être un lieu de vie où les jeunes apprennent l'autonomie, la prise de responsabilité et la vie en collectivité ;
- les formateurs sont des accompagnateurs de projet ;
- les parents sont impliqués et responsables au sein des MFR. Ils suivent la scolarité de leur enfant et participent à la gestion de l'association.

Pour en savoir plus : www.mfr.asso.fr

Un appel à projets pour mieux vivre en milieu rural

En 1998, le conseil d'administration de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole a souhaité accompagner davantage les jeunes dans la prise de leur autonomie. Pour ce faire, il a lancé un appel à projets intitulé « Mieux vivre en milieu rural », doté de bourses remises aux actions sélectionnées au niveau départemental, puis national ; cet appel permet de répondre aux besoins des jeunes tout en valorisant leurs initiatives.

En cinq ans, sur trois cent quatorze projets primés, vingt-sept ont mis en place des actions d'éducation pour la santé menées par des jeunes au profit d'autres jeunes, mais aussi d'autres catégories de populations, sur un même

territoire de vie. En moyenne, un projet concerne de dix à cinq cents personnes. Les jeunes souhaitant répondre à cet appel sont parfois soutenus dans leur démarche par Familles Rurales. En effet, l'investissement de Familles Rurales dans l'animation des territoires et sa présence auprès des familles et des jeunes – par le biais des structures d'accueil – lui permettent de connaître et soutenir ces jeunes.

Ainsi, par exemple, en 2004, Familles Rurales a soutenu un groupe de quatorze jeunes qui souhaitaient mettre en place une action de sensibilisation à la sécurité routière « deux-roues », en suscitant des échanges avec des adultes – parents inclus – sur la pratique du vélo, de la moto et du

scooter ; Familles Rurales a mis à disposition une animatrice spécialisée sur la sécurité routière. Un parent bénévole, ancien compétiteur moto, a soutenu et animé la création d'un atelier mécanique. Puis, en 2005, Familles rurales a soutenu trois projets présentés par les jeunes, dont l'un consistait à sensibiliser et mobiliser l'ensemble de la population d'une commune – six cent quatre-vingts habitants – autour d'un projet de sécurité routière. Un quiz sur la prévention a été élaboré, permettant ensuite d'instaurer un débat et de créer des « Olympiades sécurité routière ».

Dominique Oriol

Chargée de mission, direction de l'Action sanitaire et sociale et des services aux personnes, CCMSA, Bagnolet.

Enseignement agricole : prévention des conduites addictives en Alsace

Depuis 2002, les quatre établissements agricoles publics d'Alsace de Rouffach et Wintzenheim (Haut-Rhin), d'Obernai et Erstein (Bas-Rhin), rejoints en 2005 par le lycée privé de Bouxwiller (Bas-Rhin), se sont mobilisés en organisant un programme d'ateliers santé destinés prioritairement aux lycéens des classes de seconde et dont l'objectif principal était de réduire le tabagisme et de prévenir les conduites addictives.

Dans un premier temps, ils ont formé une équipe projet régionale interétablissements, en charge de monter les actions. Cette équipe, constituée de la coordinatrice chargée de mission à la direction régionale de l'agriculture et des forêts (Draf), des conseillers principaux d'éducation et infirmier(e)s des cinq lycées, de la représentante de la Mutualité sociale agricole et d'une personne du centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD Alsace), a bénéficié d'une formation de deux jours, dispensée par des tabacologues (médecins et psychologues) ainsi que de l'accompagnement méthodologique et des ressources documentaires du CIRDD. Elle s'est ainsi trouvée en capacité d'organiser chaque année, dans chaque établissement, d'une part, des ateliers interactifs de sensibilisation des élèves entrant en seconde et, d'autre part, des temps forts à destination de tous les élèves et personnels des lycées, comme par exemple une journée sans tabac tous les mois.

Quatre années de suite, les élèves de seconde ont ainsi participé par groupes de vingt-quatre à des animations collectives sous forme de séances de deux heures, pendant lesquelles ils ont pu ainsi échanger, réfléchir et donner leur point de vue sur le plaisir, la prise de risque, la dépendance et les conséquences des usages de tabac, de cannabis et d'alcool. Les supports utilisés étaient l'outil « Olympio », animé par un comédien, et l'exposition franco-allemande régionale « Quo vadis cannabis », animée par un psychologue de l'Association de formation et de prévention du risque alcool (Afpra, Mulhouse, coauteur de l'exposition).

Parallèlement, conseillers principaux d'éducation et infirmier(e)s ont, dans chaque établissement, insisté auprès des directions sur la nécessité de réduire les espaces autorisés aux fumeurs, non sans difficulté, puisque les espaces ouverts

ne sont pas de simples cours mais des parcs de grande surface ! Une signalétique sous forme d'affiches de prévention a été mise en place dans les halls et les couloirs. Les infirmier(e)s ont consacré beaucoup de temps à renforcer la motivation des élèves fumeurs en incluant systématiquement des conseils lors des visites des élèves à l'infirmerie. Chaque établissement a alors personnalisé son projet en complétant les deux heures d'animations collectives par des ateliers d'arts plastiques (dessin, sculpture) sur le thème des dépendances ou en réalisant des parterres de fleurs réduisant l'espace fumeur ou encore des journées et des sorties sportives sans tabac et sans alcool, bien sûr !

Près de deux mille cinq cents élèves et apprentis ont ainsi été sensibilisés. Chaque atelier d'animation collective a été évalué par questionnaire auprès des jeunes, qui se sont déclarés aux trois quarts intéressés et satisfaits. Toutes ces actions ont largement contribué à instaurer un meilleur dialogue entre jeunes et adultes, et à une prise de conscience de la nécessité de réduire les tabagismes passif et actif. L'équipe régionale fait ressortir dans ses bilans une certaine difficulté à mobiliser les enseignants lors du montage du projet, mais toutes les actions prévues ont été réalisées sur des temps scolaires et bien acceptées. Les résultats concrets sont là : le lycée de Bouxwiller est désormais totalement non fumeur, ni les élèves, ni le personnel ne fument dans l'enceinte de l'établissement ; à Wintzenheim, il

n'est dorénavant possible de fumer qu'à certaines heures ; à Rouffach, il existe un seul endroit fumeur dans les espaces ouverts et le projet se poursuit avec pour objectif d'afficher aussi un lycée entièrement non-fumeur à la rentrée 2007. Le programme d'actions pour l'année scolaire 2006-2007 était prêt en juin 2006. Dans l'attente de nouvelles aides financières, il continue depuis septembre à être mis en œuvre dans les établissements concernés. « Cette politique de prévention mise en œuvre dans les établissements agricoles rejoint la

stratégie menée dans les lycées publics d'enseignement général, technique, technologique et professionnel. À la suite de la mise en œuvre d'un plan académique 2003-2007, le pourcentage de lycéens alsaciens "non-fumeurs élèves" (dans lesquels les élèves ne fument pas mais où le personnel est autorisé à fumer dans des salles prévues à cet effet) est passé de 8,45 % à 50,70 % entre 2003 et 2006, et une quinzaine de lycées (sur un total de soixante et onze) appliquent une interdiction totale de fumer qui concerne les élèves et le personnel,

dans l'ensemble de l'établissement, tant dans les locaux que les espaces ouverts. »

Élisabeth Fellingner

Directrice du CIRDD Alsace, responsable du programme : « Vers un lycée sans tabac » dans les établissements d'enseignement agricole et professionnels d'Alsace 2003-2006, Strasbourg.

Soutien financier : régime local de l'Assurance Maladie, Mutualité sociale agricole, Mildt, Draf-SFRD.

Des points d'accueil et d'écoute pour les familles en zone rurale

Depuis 1994, Familles Rurales a créé, en France, cent seize « Relais Familles » qui accueillent et informent la population rurale sur leurs droits d'usagers et les questions de santé. À ce jour, quatre-vingt-seize Relais Familles fonctionnent, animés par des bénévoles et des salariés de Familles Rurales ou des professionnels de la santé et du social. Ces antennes sont à la fois lieu d'accueil pour les enfants, d'écoute pour les parents, mais aussi lieu de formation pour les assistantes maternelles.

Le Relais Familles est un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et d'action de proximité, développé par le mouvement Familles Rurales via ses différentes implantations sur le territoire français. C'est un espace de vie à dimension humaine. Depuis l'installation du premier Relais Familles, en 1994, le concept a évolué et s'est adapté aux besoins des populations, en lien avec les associations et les collectivités territoriales. Compte tenu de la mutation des services de soins et de santé en zone rurale, certains Relais Familles sont désormais labellisés Relais Santé. Cette reconnaissance confirme la réelle demande des familles d'accéder à l'information tant en ce qui concerne l'accès aux droits des usagers qu'à la simple demande de coordonnées d'une association de patients atteints de maladies chroniques ou du Planning familial le plus proche, voire une demande de brochure pour arrêter de fumer.

Le Relais Familles est une initiative d'une association locale de Familles Rurales. Il s'inscrit dans un projet de participation des habitants à la vie locale. Il s'enracine sur un territoire et contribue à son animation. Il permet le développement de l'action associative, sanitaire,

sociale et familiale en milieu rural qui contribue, à terme, au bien-être des habitants. Ouvert à tous, il est un lieu de parole et d'échange. En s'adressant à tous les âges, il facilite la rencontre des familles et des générations, suscite leur responsabilisation et contribue à renforcer le lien social.

Le Relais Familles est animé par des bénévoles et des salariés dans un esprit professionnel. Créé pour répondre aux besoins des personnes et des familles, il vit et s'adapte en fonction des besoins des habitants. Il assure une fonction :

- **d'accueil** : l'association offre un service basé sur la convivialité. De nombreux Relais Familles ont organisé leur espace de manière à pouvoir accueillir aussi bien les enfants (coin jeux) que leurs parents (lieu d'information). À l'heure où les lieux de rencontre autrefois « naturels » (marchés, cafés, sorties d'écoles) se raréfient, les Relais Familles sont de véritables lieux de rencontre qui créent de la convivialité. Ils s'attachent à proposer des créneaux d'ouverture compatibles avec les horaires de travail, les disponibilités des adolescents (mercredi et samedi, vacances scolaires, etc.) ;
- **d'écoute** : le Relais Familles donne aux personnes la possibilité d'exprimer leurs préoccupations à un accueillant (bénévole, salarié ou professionnel de santé ou du social) qui les écoute et s'engage à trouver une solution à leurs problèmes. L'écoute permet, d'une part, de connaître et comprendre les préoccupations des personnes afin de les orienter au mieux vers un service spécialisé ou autre. D'autre part, ce temps d'échange reste l'occasion de recenser les attentes et les interpellations des habitants de ce lieu de vie ;
- **d'information** : cette structure offre une multiplicité de renseignements pratiques ainsi que

de la documentation concernant la vie quotidienne, la santé, l'emploi. Il peut proposer des permanences de services publics ou/et privés. Il est un lieu stratégique d'information ponctuelle sur les campagnes nationales santé, un relais d'information et de communication pour des actions départementales menées par les CPAM, MSA, Ddass. Chaque Relais Familles met à la disposition du public toute la documentation diffusée par l'INPES, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la MSA, la Prévention routière ;

• **de développement de l'action locale** : le Relais Familles soutient les initiatives locales et accompagne les personnes dans leurs projets. Il est un lieu de participation, de prise de responsabilité et d'action collective. Il accueille les parents dans leur fonction d'éducateur, propose aux relais assistantes maternelles un lieu de rencontre pour les enfants, de formations pour les assistantes maternelles. Pour les adolescents, un lieu d'information et d'accompagnement à l'élaboration de projets prévention santé ou/et sécurité routière.

Les Relais Familles, par la variété des actions qu'ils proposent et la prise en compte globale des personnes, sont des lieux privilégiés qui contribuent au « vivre mieux » sur les territoires ruraux.

Cécile Aubert

Chargée de mission, action Relais Familles.

Béatrice Magdelaine

Chargée de mission prévention santé, Fédération nationale Familles Rurales, Paris.

Pour plus d'informations : www.familles-rurales.org, rubrique « nos activités », « Relais Familles ».

La Charente forme les aides à domicile à la nutrition

En Haute-Saintonge, en Charente-Maritime, les aides à domicile en milieu rural sont formées à l'équilibre nutritionnel des personnes âgées par des professionnels. Ce cursus privilégie une approche globale qui inclut, outre la nutrition, les déterminants de santé, l'environnement et les facteurs psychologiques.

En 2004, un forum santé nutrition, organisé dans le cadre des missions de la Mutualité française, s'est déroulé dans le sud du département de la Charente-Maritime. Par le biais d'un questionnaire de satisfaction, cette rencontre a soulevé une forte demande des structures de l'aide à domicile en milieu rural¹ et de leurs professionnels d'être formés à l'alimentation de la personne âgée. La Mutualité française et le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) de la Charente-Maritime ont souhaité répondre à cette demande et mettre en place une action d'éducation pour la santé. Avec le partenariat d'un diététicien du secteur de Haute-Saintonge, ils ont proposé de former les professionnels de l'aide à domicile pour leur donner des éléments de base afin de concevoir une alimentation diversifiée et adaptée aux besoins spécifiques de la

personne âgée. Ce dispositif a démarré en 2005 : seize professionnels (services d'aide à domicile des différents CCAS des mairies de Haute-Saintonge, associations diverses de l'aide à domicile) ont été formés par une animatrice du Codes et le diététicien. Différents thèmes ont été abordés lors de la formation : les déterminants du comportement alimentaire (conditions socioéconomiques, environnement, facteurs psychologiques, culture, normes et valeurs, facteurs biologiques, système politique, affectif, mode de vie et comportement), malnutrition, alimentation équilibrée et rythmes alimentaires, choix et qualité des aliments, alimentation et petit budget, conservation des aliments, alimentation enrichie. Afin de privilégier une méthode ascendante, des outils pédagogiques et/ou des méthodes participatives et interactives incluant les formateurs et les stagiaires ont été mis en place (présentation croisée, outil d'intervention en éducation pour la santé « alimentation atout prix », vrai/faux, etc.).

Les échanges ont soulevé des préoccupations sur l'état de santé globale de la personne âgée : dépendance, relation aux autres, isolement, état psychologique, etc. Pour répondre à cela, les intervenants ont proposé une liste de personnes

relais (coordination départementale sur la prévention du mal-être dans le cadre du programme régional de santé mentale et prévention du suicide, centre local d'information et de coordination pour les personnes âgées, etc.).

L'évaluation a montré la satisfaction des seize participants formés en 2005 et leur volonté de diffuser les notions acquises au sein de leurs structures. Ils souhaitent appliquer ces savoir-faire dans leurs pratiques quotidiennes auprès de quatre-vingts personnes âgées sous forme d'atelier du goût par exemple. Au vu des résultats, deux sessions de formation ont été organisées sur l'année 2006. Pour 2007, il est envisagé une extension de l'action à l'ensemble de la région.

Christelle Archer

Animatrice, chargée de projet,
Comité départemental d'éducation pour
la santé de la Charente-Maritime, La Rochelle.

Stéphanie Albert

Responsable prévention, promotion de la santé,
Mutualité française, Charente-Maritime.

1. Services des centres communaux d'action sociale, des mairies, professionnels de santé, structures de portage de repas à domicile, coordinatrices de centre local d'information et de coordination gériatrique.

Des communes landaises accompagnent leurs habitants vers **l'équilibre nutritionnel**

Partant des besoins exprimés par les habitants, les professionnels de santé, les associations et les collectivités de la communauté de communes Cap-de-Gascogne (Landes) ont bâti une action de promotion de l'équilibre nutritionnel en direction de l'ensemble de la population : sensibilisation des enfants en milieu scolaire, rencontres-débats pour les adultes...

En 2003, le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) des Landes a été sollicité par l'association Familles Rurales du canton de Saint-Sever pour une aide à la mise en œuvre d'une action d'éducation nutritionnelle en direction de la population. Le choix de la communauté des communes Cap-de-Gascogne comme territoire d'intervention pertinent s'est imposé à l'ensemble des acteurs associatifs et institutionnels mobilisés (Éducation nationale, CPAM, élus, fédérations des parents d'élèves, associations de commerçants, etc.)

En 2003, la première phase de ce projet a consisté à recueillir les besoins des acteurs locaux (diagnostic partagé lors de tables rondes) et des publics (mille quatre personnes ont participé à l'enquête) par une démarche méthodologique de type ascendant et participatif donnant au projet un caractère communautaire. Dans un second temps, à partir de 2004, plusieurs actions ont été réalisées :

- sensibilisation des enfants, notamment par les enseignants formés et accompagnés par le Codes, grâce à des activités pédagogiques

s'appuyant, entre autres moyens, sur des jeux et des affiches ;

- rencontres-débats menées pour les familles par des professionnels locaux et l'éducatrice santé diététicienne du Codes sur des thèmes identifiés lors de l'enquête (alimentation de l'enfant, de l'adolescent, du sportif, etc.) ;
- organisation d'un rallye du goût dans la ville de Saint-Sever, associant la population locale et de nombreux acteurs (médecins, artisans, commerçants et producteurs locaux, bénéficiaires de l'épicerie sociale, enseignants, élus, etc.).

Concrètement, le projet aura permis la sensibilisation de plus de cinq cents enfants de la maternelle au collège, dans le cadre scolaire et du centre de loisirs, ainsi que d'une centaine de familles.

L'aspect communautaire territorial, le caractère participatif et l'inscription du projet dans la durée ont révélé d'autres demandes. Ainsi, une douzaine de bénéficiaires et de bénévoles de l'épicerie sociale, qui ont suivi des ateliers d'éducation nutritionnelle adaptés à la situation socioéconomique des populations, se sont également portés volontaires pour participer à un programme de sevrage tabagique associant médecins généralistes, pharmaciens (convention CPAM pour la gratuité des patches), infirmière et psychologue du pôle de santé publique de l'hôpital de Saint-Sever. L'évaluation de cette action a montré une amélioration des relations médecin-patient, une revalorisation de l'estime de soi, ainsi qu'une amélioration de l'hygiène de vie.

Dans le même esprit, une soixantaine de retraités et futurs retraités ont assisté à une conférence « Mieux manger pour être en forme » préparée et animée avec des médecins gériatres de Saint-Sever, laissant une large place aux questions/réponses. Un tiers a poursuivi les échanges lors de sept « ateliers santé nutrition d'application », à raison d'une séance de deux heures par semaine animée par la diététicienne du Codes.

À l'heure du bilan, on peut souligner que l'aspect participatif et communautaire de ce programme a engendré de réelles difficultés de coordination, des problèmes de mobilisation d'acteurs différents sur la durée et a révélé des enjeux de pouvoir sous-jacents qui se sont avérés contre-productifs. Mais ces difficultés ne peuvent amoindrir les importantes plus-values d'un projet de santé réellement participatif qui laisse toute sa place aux besoins des publics, dans le respect des spécificités d'un territoire. Dans les évaluations de fin d'action, 70 % des bénéficiaires questionnés se sont déclarés satisfaits des actions proposées et 50 % d'entre eux pensent que le projet les motive pour adopter des comportements de santé plus favorables.

Sylvie Ramis

Directrice chargée de projet,
Codes des Landes, Mont-de-Marsan.

1. Intégré au sein du Pays Adour-Cbalosse-Tursan, caractérisé par une activité agricole très importante (maïs, agro-alimentaire), Cap-de-Gascogne, situé dans le sud-est du département des Landes comprend 10 236 habitants, la commune la plus importante étant Saint-Sever avec 4 536 habitants.

Languedoc-Roussillon : le personnel hospitalier formé à l'éducation pour la santé du patient

Dans le cadre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps), un projet a été mis en place, depuis 2004 ; afin de développer l'éducation pour la santé des patients dans les territoires à dominante rurale du Languedoc-Roussillon. Ce projet est mené grâce à la collaboration des hôpitaux locaux et du réseau régional des comités d'éducation pour la santé.

Les équipes de sept hôpitaux locaux (trois ou quatre professionnels par équipe : infirmières, aides-soignantes, diététiciennes, psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, assistantes sociales, etc.) et un chargé de projets de chaque

comité départemental d'éducation pour la santé participent à une formation-action en éducation pour la santé des patients. La formation est assurée par la directrice et une chargée de projets du Cres Languedoc-Roussillon. La durée est de cinq jours de formation pour la première année, deux jours d'accompagnement formatif à la mise en œuvre des projets pour la deuxième année et deux jours d'accompagnement formatif à l'évaluation pour la troisième année. Au total, une trentaine de professionnels de la santé y participent.

Dans le cadre de cette formation, chaque équipe hospitalière, avec l'appui méthodolo-

gique du comité départemental, conçoit, met en œuvre et évalue un projet d'éducation pour la santé des patients adapté à son territoire, associant tous les partenaires concernés, y compris les familles.

Les projets qui ont été mis en œuvre concernent l'autonomie de la personne âgée, la prise en charge des patients dépendant de l'alcool, l'éducation thérapeutique du patient diabétique, la dénutrition de la personne âgée et la prévention des chutes.

Alessandra Pellecchia
Delphine Couralet

Cres Languedoc-Roussillon, Montpellier.

Prévenir les risques tabac-alcool de l'école primaire à l'entreprise

À Ferrette, dans le Haut-Rhin, les enseignants, les éducateurs, les acteurs de prévention et la principale entreprise locale sont réunis dans un programme commun de prévention du tabagisme et des risques liés à l'alcool. Ce programme assure un continuum pour la population rurale locale : il commence par le développement des compétences psychosociales à l'école primaire et se poursuit jusqu'à la formation à la prévention pour des cadres en entreprise.

Depuis 2003, le projet « Moins de tabac, moins d'alcool, moins de risques de cancer » est mené en région Alsace conjointement par trois partenaires : l'Association de formation et de prévention du risque alcool, drogues et dépendances (Afpra), le Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD) Alsace, et l'association « Connaitre pour agir », implantée dans le Bas-Rhin. L'objectif est de développer un continuum éducatif de l'école au milieu de travail, pour réduire les consommations de tabac et d'alcool, facteurs de risques de cancers.

Une partie de l'action conduite par l'Afpra dans le Haut-Rhin concerne le canton rural de Ferrette. Sur son volet scolaire, le projet a démarré, en 2004, par une formation-action au profit de vingt-cinq professionnels, enseignants du collège de Ferrette et des écoles élémentaires, personnels médico-sociaux de l'Éducation nationale, personnels éducatifs et membres de l'Afpra. Tous étaient volontaires pour mettre en place un réseau local en éducation pour la santé, chargé de mettre en œuvre les actions à conduire du CM1 à la 3^e.

Le programme mis en place à la rentrée de septembre 2005 concerne les classes de CM1 et CM2 des écoles primaires et l'ensemble des classes au collège. En CM1 et CM2, un travail sur les compétences psychosociales des enfants a été effectué. La finalité est d'amener le plus tôt possible les enfants à faire des expériences positives, au cours desquelles leur singularité est mise à profit dans le cadre d'un projet de création artistique. En 2005-2006, l'action de promotion des compétences psychosociales a bénéficié à cent quatre-vingt-cinq enfants de huit classes de CM1-CM2. Une

équipe professionnelle pluridisciplinaire (enseignants, psychologue, artistes, etc.) a réalisé avec les enfants un spectacle de danse, chant et théâtre, sur la base d'une relecture contemporaine de fables de La Fontaine.

Pour tenter de mesurer l'évolution des compétences psychosociales des enfants, une grille d'évaluation élaborée par l'Afpra et le CIRDD a été utilisée. Elle se compose de onze items : « *Je prends facilement la parole* », « *J'ai confiance en moi et dans les autres* », « *Je respecte les règles* », etc. Chaque enfant s'attribue une note de un à dix sur chaque item, avant et après l'action. À l'usage, cette grille est devenue un outil pédagogique permettant aux enfants de prendre conscience de leurs compétences, de la connaissance qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur comportement et de leurs limites. Cent quatre-vingts grilles ont pu être exploitées, le résultat final faisant apparaître une progression des compétences psychosociales. Mais c'est surtout la capacité des enfants à ajuster par eux-mêmes leur propre perception de leur personnalité qui est ressortie de cet exercice ; les résultats soulignent

aussi le développement de leur esprit critique, aiguë par l'apport de confiance lié à l'expérience vécue en commun. Selon les porteurs de ce projet, ces évaluations contribuent à atteindre les objectifs pédagogiques d'une telle action en éducation pour la santé.

Au collège, plusieurs actions ont été mises en place : accueil individualisé des nouveaux élèves, information sur le tabac pour les 5^e et sur l'alcool pour les 4^e, action de responsabilisation pour les 3^e, par l'encadrement de volontaires qui deviennent tuteurs des élèves arrivant en 6^e.

En parallèle, sur le volet « milieu de travail » du programme, l'Afpra accompagne depuis trois ans la principale entreprise locale, Wifor, deux cents salariés, implantée à Roppentzwiller, dans la mise en place et l'animation d'un programme de prévention des risques alcool, tabac et can-

nabis. Dans un premier temps, Wifor a inclus dans son règlement intérieur les règles en vigueur en matière de consommation d'alcool, de tabac et de drogues, et informé l'ensemble des salariés de ses orientations en matière de prévention. Puis l'encadrement a bénéficié d'une formation à l'abord relationnel des conduites à risque vis-à-vis de l'alcool et du tabac, pour pouvoir orienter précocement les consommateurs à risque, voire dépendants, vers les ressources locales en matière d'aide : médecin du travail, psychologue tabacologue de l'Afpra, réseau de soin spécialisé en addictologie basé à l'hôpital d'Altkirch. Par ailleurs, les salariés volontaires à l'arrêt du tabac ont accès à la permanence d'une psychologue tabacologue de l'Afpra. Cette permanence implantée à la pharmacie de Durmenach, partenaire du projet, est également ouverte à la clientèle locale. L'objectif est, d'une part, d'aider à la prise de décision d'arrêt du tabac et, d'autre

part, d'orienter la population vers les médecins tabacologues de l'hôpital d'Altkirch et les autres professionnels et établissements de prise en charge.

Sur ce territoire rural, cette action a aussi contribué à renforcer le lien social. Les professionnels de l'éducation pour la santé ont assuré la coordination et servi de lien entre les différents intervenants. Des ponts entre les mondes de l'éducation et du travail ont été établis : le collège de Ferrette et l'entreprise Wifor ont conclu un accord pour que des élèves du collège puissent effectuer des stages de découverte dans cette entreprise à partir de septembre 2006.

Laurent Konopinski

Directeur de l'Afpra,
psychologue clinicien de formation
et sur le terrain dans l'action, Mulhouse.

Personnes âgées : partager des repas pour rompre l'isolement

Deux fois par mois, des personnes âgées de plusieurs communes du département de la Meuse se retrouvent pour partager un repas de manière conviviale, en compagnie de bénévoles et d'aides à domicile. Des ateliers d'échanges avec des professionnels sont organisés dans la foulée. D'autres communes devraient rejoindre ce dispositif.

Le dispositif « Partage des repas » a été mis en place à partir de 2003 dans le département de la Meuse par la Mutualité française Lorraine, Meuse et le pôle gérontologique – centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic) de Bar-le-Duc. Objectif : lutter contre l'isolement et la solitude des personnes âgées. Ce dispositif a été financé par la caisse primaire d'Assurance Maladie et le conseil général de la Meuse ainsi que le Contrat de ville du pays Barrois. Deux fois par mois, des personnes âgées, identifiées par les partenaires relais du projet (centres communaux d'action sociale, pharmacies, associations locales de personnes âgées, médecins, services de soins infirmiers à domicile, etc.) comme étant isolées, sont invitées à venir partager un repas dans une ambiance conviviale.

Dans ce département, l'isolement s'explique notamment par la spécificité du territoire rural : habitat clairsemé, éloignement par rapport aux lieux de vie, etc. Ce qui limite le réseau relationnel des personnes âgées et

permet difficilement de créer et d'entretenir des liens sociaux.

En septembre 2003, le pôle gérontologique – Clic de Bar-le-Duc, a créé un groupe de travail intitulé « Rompre la solitude », composé de maires et de conseillers municipaux, de médecins, d'aides à domicile, d'infirmières de services de soins infirmiers à domicile et de bénévoles d'association d'ergothérapeutes ; c'est ce groupe qui a décidé de créer un dispositif de partage de repas. La Mutualité française Lorraine-Meuse est promoteur du projet, mené dans un premier temps à titre expérimental sur la commune de Velaines, de septembre 2004 à septembre 2005.

Pour rompre l'isolement géographique, le dispositif organise et prend en charge le mode de transport le plus adapté à l'état de santé de chacun, taxi, bus et covoiturage.

Les participants sont accueillis par des bénévoles et des aides à domicile. En complément, et pour renforcer le lien social, des ateliers d'échanges ont été créés, animés par un intervenant spécialiste du thème abordé et se déroulant sur place après le repas. Les personnes âgées ont choisi, elles-mêmes, les sujets de deux ateliers nutrition : le premier, animé par une diététicienne, portait sur l'équilibre alimentaire et les besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées. Le second concernait le plai-

sir et la convivialité des repas et était animé par une conseillère en économie sociale et familiale. Deux autres ateliers portaient sur les dispositifs existant pour les personnes âgées : aides sociales, allocation perte d'autonomie (APA), rôle des instances locales de coordination gérontologique, maisons de retraite et familles d'accueil ; ils étaient animés par le conseil général de la Meuse.

Les personnes âgées ont également été associées au choix des menus : lors d'un atelier d'échange, un groupe de participants volontaires a ainsi établi les menus des six repas suivants. Vingt-cinq partages de repas ont été organisés de septembre 2004 à octobre 2005, avec, en moyenne par repas, trente-trois personnes accueillies. Deux tiers des participants avaient plus de 75 ans et près de la moitié (48 %) ont utilisé un des modes de transport proposés, avec une préférence pour le bus et le taxi, ce qui laisse penser que cela a favorisé une participation régulière. Au total, soixante-deux personnes ont participé au partage de repas ; vingt d'entre elles étaient très assidues et l'arrivée régulière de nouveaux participants a permis d'entretenir une dynamique.

Le partage de repas constitue une véritable sortie pour les personnes âgées concernées, qui se préparent, portent leurs bijoux et se maquillent. Cela contribue à améliorer l'image de soi, une image souvent fragilisée. Au cours

d'entretiens menés auprès des participants par la responsable de l'activité promotion de la santé de la Mutualité française Lorraine-Meuse lors de l'évaluation de l'action, la question du manque d'autonomie a très souvent été évoquée : les personnes âgées ne semblent pas toujours se satisfaire du soutien procuré par leur famille ; le dispositif permet d'alléger leur dépendance vis-à-vis de leur entourage, elles apprécient particulièrement de pouvoir sortir sans être dépendantes de leurs enfants, à qui elles n'osent pas demander un accompagnement pour ces sorties qui leur paraissent

« superflues ». De leur côté, les bénévoles et les aides à domicile soulignent que le projet est une véritable « aventure humaine, créatrice de liens sociaux ».

Depuis octobre 2005, le dispositif a été pérennisé dans la commune de Velaines, qui l'a intégré aux actions municipales. Parallèlement, les trois structures initiatrices du projet ont été sollicitées pour un soutien méthodologique par d'autres communes intéressées. En 2005, deux communes – Robert-Espagne et Trémont-sur-Saulx – et, en 2006, l'instance locale de

coordination gérontologique du canton de Revigny-sur-Ornain ont ainsi mis en place un dispositif similaire. Les structures ont également élaboré un guide méthodologique qui va permettre aux autres collectivités ou associations intéressées de disposer d'une base de travail. Ce document doit être présenté fin 2006 aux acteurs du département, professionnels ou non, placés en lien direct avec des personnes âgées.

Sabrina Ragnatela

Responsable de l'activité promotion de la santé,
Mutualité française Meuse, Bar-le-Duc.

« Fumer n'est pas jouer »

La direction générale de l'Enseignement et de la Recherche (DGER) du ministère de l'Agriculture et de la Pêche et l'Association pour la promotion de l'enseignement et de la formation agricoles publics (Aprefa) ont mis en place, durant les années scolaires 2003-2004 et 2004-2005, une recherche action de lutte contre le tabagisme et d'accompagnement au sevrage dans dix lycées agricoles publics. Elle découle du contrat cadre de partenariat en santé publique, signé le 17 juillet 2003, entre les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale. Il prévoyait, notamment, une expérimentation « lycées sans tabac ».

Autour de ce projet de prévention santé, associé à une démarche d'arts plastiques (conception d'affiches, de décors, puis improvisation théâtrale en vue de la réalisation d'un film), une classe de 1^{re}, brevet de technicien agricole, du lycée d'Aix Valabre, a réalisé un court-métrage de sensibilisation sur la lutte contre le taba-

gisme, y compris passif, avec le soutien du professeur d'éducation socioculturelle. Dans ce court-métrage intitulé « Fumer n'est pas jouer », les élèves évoquent le tabagisme, sous différents aspects, à la manière des films muets et burlesques, en réaction à une campagne de prévention qui leur avait déplu par sa mise en scène macabre d'un fumeur.

Ce film¹ a obtenu le label de la Commission nationale de validation des outils de prévention de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Il a reçu, en 2005, le premier prix « Messenger d'or » dans la catégorie « fiction » au festival de films de prévention « Clap santé jeunes ». La MSA a soutenu cette recherche-action auprès des dix établissements engagés. Elle a financé, par le biais du Fnpeisa², les interventions de tabacologues au sein des lycées (rencontres avec des groupes et consultations individuelles), ainsi que la mise à disposition gratuite de sub-

stituts nicotiniques auprès des enseignants et des élèves. Les infirmières scolaires ont assuré un suivi personnalisé des personnes souhaitant arrêter de fumer.

L'accompagnement au sevrage s'est déroulé sur les dix lycées concernés : cent vingt-quatre personnes ont participé aux rencontres en groupe, cent quinze ont engagé un sevrage tabagique. Au final, cinquante-quatre ont arrêté totalement de fumer, quarante-trois ont abandonné en cours de sevrage.

Dominique Oriol

Chargée de mission, direction de l'Action sanitaire et sociale et des services aux personnes,
CCMSA, Bagnolet.

1. Édité sur DVD par les éditions Éducagri.
www.editions@educagri.fr.

2. Fonds national de prévention et d'éducation pour la santé des professions agricoles, décret du 19 janvier 2000.

Quelques ressources documentaires

► Bibliographie

- Pagès A. *La pauvreté en milieu rural*. Toulouse : Presse universitaire du Mirail, coll. Sociologiques, 2005 : 184 p.
- *Familles et villes*. Informations sociales 2006 ; n° 130 : 139 p.
- *Territoires*. Informations sociales 2002 ; n° 104 : 134 p.
- *Politiques de développement rural. Enjeux, modalités et stratégies. Ingénieries : eau, agriculture, territoires*. Cemagref-DSIC, numéro spécial 2005 : 256 p.
- *Territoires, action sociale et développement*.

Recherches et prévisions 2005, n° 81.

- Datar. *Dynamiques et diversité des territoires français*. Rapport de l'Observatoire des territoires. Paris : La Documentation française, 2005 : 148 p.
- Laurent-Beq A., Le Grand E. (coord.). Dossier « *La Promotion de la santé à l'épreuve des territoires* ». La Santé de l'homme 2006 ; n° 383 (mai-juin) : 15-39.
- Guide « *L'accueil des jeunes enfants : un défi pour les territoires* ». Disponible dans les fédérations départementales. www.famillesrurales.org [dernière visite le 23/10/2006]

► Sites Internet

Mutualité sociale agricole (MSA)
<http://www.msa.fr>

Familles Rurales
Liste des Relais Familles disponible sur le site Internet : <http://www.famillesrurales.org>

Maisons familiales rurales
<http://www.mfr.asso.fr>

Mutualité française
<http://www.mutualite.fr>

Alcool en entreprise : les difficultés de la prévention

Selon deux enquêtes récentes portant sur la consommation de substances addictives (alcool, tabac, cannabis), 11 % des actifs consommeraient de l'alcool pendant leur temps de travail, hors repas et pots. Nombre de chefs d'entreprise ont déjà été confrontés à un problème d'alcool dans leur entreprise et beaucoup se sentent démunis face à ces situations. Le médecin du travail occupe un rôle privilégié en matière de prévention, tant du point de vue des salariés que des DRH. Si certains secteurs, comme le milieu des transports, ont pris des initiatives de prévention et de formation, les actions de prévention primaire restent toutefois encore limitées.

Au cours des dernières années, plusieurs enquêtes ont commencé à renseigner les questions de consommation de substances addictives (alcool, tabac, drogues) en entreprise (1-3). Pour autant, nous ne disposons pas, jusqu'à présent, d'une approche nationale représentative de la situation.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a souhaité contribuer à l'éclairage et à la compréhension de cette question tant du point de vue des directeurs des ressources humaines (DRH) et dirigeants d'entreprise que du point de vue des salariés ; un focus particulier a été accordé à la problématique alcool dans le cadre de l'entreprise.

Deux enquêtes ont été réalisées au cours des mois de mars-avril 2006 :

- Une enquête par téléphone, en partenariat avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) et l'Association nationale des directeurs et cadres de la fonction « Personnel » (ANDCP), auprès de huit cent onze directeurs de ressources humaines et dirigeants de cent deux entreprises de moins de cinquante salariés et sept cent neuf entreprises de plus de cinquante salariés.
- Une enquête par téléphone auprès de neuf cent soixante et onze actifs de tous secteurs, salariés du public, du privé et des personnes à leur compte, constituant un échantillon représentatif de la population des salariés de plus de 18 ans.

Opinions sur les risques liés à la consommation

Dans leur ensemble, dirigeants d'entreprise et salariés partagent sensiblement les mêmes opinions sur l'importance et les conséquences des risques liés à la consommation de substances psychoactives dans l'entreprise.

En matière de tabagisme, la protection des non-fumeurs fait désormais la quasi-unanimité (plus de 94 % d'accord) et plus de sept personnes sur dix se déclarent en faveur du développement des entreprises sans tabac (71 à 79 % d'accord en général dont 56 % d'opinions « *tout à fait favorables* » chez les dirigeants d'entreprises de plus de cinquante salariés ; 50 % parmi les dirigeants des petites entreprises et 48 % chez les salariés). Lors de l'enquête, 38 % des entreprises de plus de cinquante salariés et 59 % des moins de cinquante salariés se déclaraient entreprises sans tabac.

Les questions de toxicomanie, usage de cannabis et autres drogues au travail sont jugées de plus en plus préoccupantes par 65 % des DRH d'entreprises de plus de cinquante salariés (35 % « *de tout à fait d'accord* »), 71 % des dirigeants d'entreprises de moins de cinquante salariés (46 % de « *tout à fait d'accord* ») et 50 % des salariés (25 % « *de tout à fait d'accord* »).

Les conséquences des répercussions de l'alcool en entreprise sont

communément appréhendées sur l'ensemble des dimensions de l'entreprise. Les accidents du travail (notamment dans le secteur des transports), la productivité et la qualité du travail, la mauvaise image de l'entreprise sont les quatre principales causes perçues par les dirigeants et les salariés (83 % à 89 % d'accord suivant les personnes). L'importance des problèmes d'absentéisme au travail est soulignée par plus de 70 % des personnes interrogées (71 % des salariés, 74 % et 79 % des chefs d'entreprise) ; l'effet d'entraînement entre collègues, même s'il est jugé important par 60 à 70 % des personnes interrogées, apparaît toutefois mineur (« *très importants* » pour 43 % des dirigeants de petites entreprises, 25 % des dirigeants d'entreprises de plus de cinquante salariés et 30 % des salariés).

L'opinion suivant laquelle « *une consommation d'alcool de deux verres peut déjà constituer un risque au travail* » est partagée par plus de huit dirigeants sur dix (84 % dans les petites entreprises, 90 % dans celles de plus de cinquante salariés) et par 84 % des salariés, avec toutefois une différence sensible suivant les consommateurs : 67 % d'accord chez les consommateurs quotidiens *versus* 82 % chez les consommateurs hebdomadaires et 88 % chez les non-consommateurs d'alcool.

Les réponses à l'affirmation : « *L'alcool au travail est uniquement le pro-*

blème des personnes alcooliques » sont, en revanche, davantage contrastées ; une opinion à mettre sans doute en lien avec les pratiques de tolérance à l'égard de l'alcool suivant les entreprises et la consommation d'alcool chez les salariés : 27 % d'opinions validant cette assertion chez les DRH d'entreprises de plus de cinquante salariés *versus* 54 % chez les dirigeants de petites entreprises ; 48 % chez les salariés et 58 % chez les consommateurs quotidiens.

Ne pas sous-estimer les occasions de consommer

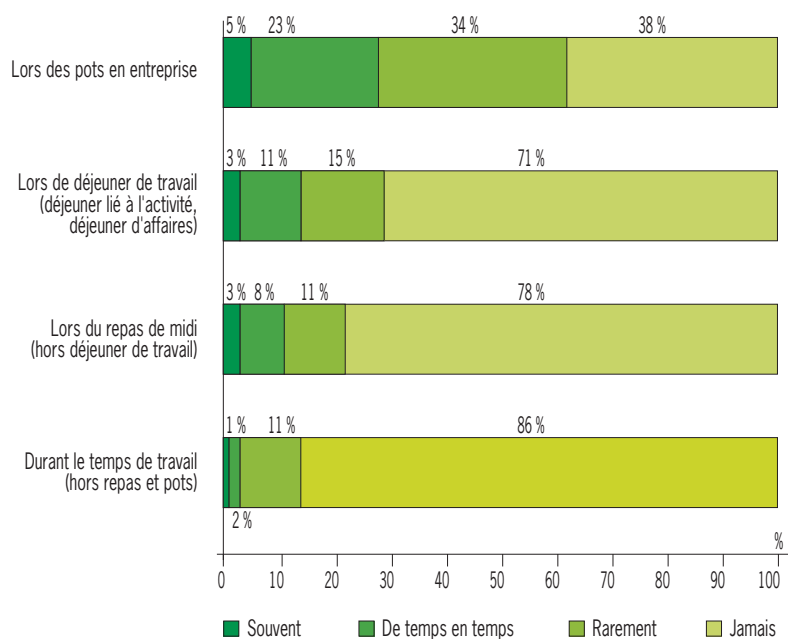
Alors que 24 % des dirigeants de petites entreprises et 31 % des DRH d'entreprises de plus de cinquante salariés déclarent que la consommation d'alcool au travail fait partie de la culture de leur milieu professionnel, seule une minorité d'actifs (11 %) a cette représentation. Si les salariés de l'agriculture, des transports, de l'hôtellerie ou de la restauration reconnaissent davantage ce fait (23 %), les DRH pointent, quant à eux, davantage le secteur de la construction (59 % *versus* 18 % des salariés de ce secteur).

La consommation dans le temps de travail (hors repas et pots) concernerait 11 % des actifs et 14 % des buveurs de l'année (Figure 1) ; elle serait autorisée par 2 % des DRH. De fait, d'après leur déclaration, les salariés du secteur de la construction seraient davantage concernés avec 7 % d'actifs déclarant consommer de l'alcool au moins de temps en temps, 15 % plus rarement.

La consommation d'alcool lors de déjeuners d'affaires concernerait 23 % des actifs avec une proportion plus importante chez les cadres supérieurs (39 %) ; 29 % des buveurs de l'année. Elle serait l'occasion pour 44 % d'entre eux consommant dans ces situations de boire plus de deux verres d'alcool, dont, pour 8 %, trois verres ou plus (10 % des hommes et 3 % des femmes).

La consommation d'alcool au repas de midi concernerait 18 % des actifs avec une proportion supérieure dans le secteur de l'agriculture (34 %) ; d'une façon plus générale, 22 % des buveurs (dont 3 % souvent). Elle serait l'occasion pour un tiers des consommateurs en cette occasion de consommer deux verres et plus (5 % plus de trois verres).

Figure 1. Consommation d'alcool dans des situations de travail chez les consommateurs sur une année



La consommation lors de pots en entreprise concernerait 49 % des actifs et 62 % des consommateurs d'alcool. Même si le nombre de pots à l'année déclaré reste limité (les salariés en déclarent trois ou quatre par an), dans ces occasions, plus de la moitié (51 %) de ceux qui déclarent habituellement consommer de l'alcool consommèrent au moins deux verres, 12 % trois verres ou plus (17 % des hommes et 4 % des femmes) ; des occasions à ne pas sous-estimer.

Certaines entreprises se montrent toutefois très restrictives sur les consommations d'alcool : 52 % des petites entreprises et 34 % de celles de plus de cinquante salariés déclarent n'autoriser aucune consommation d'alcool.

DRH et substances addictives : des priorités nouvelles

Si les chefs d'entreprise évoquent en priorité la prévention des risques professionnels et les accidents du travail, les questions de consommation de substances addictives apparaissent très nettement dans leurs priorités.

La consommation d'alcool occupe le troisième rang des préoccupations des chefs d'entreprise et quatre dirigeants sur dix (47 % des DRH de plus de cin-

quante salariés et 40 % des dirigeants de petites entreprises) déclarent y être personnellement vigilants. L'usage de drogues ou de cannabis est considéré comme un problème important à prendre en compte, avec une attention encore plus soutenue de la part des petites entreprises.

Au bilan, les risques d'addictions dans l'entreprise sont jugés importants par plus de 85 % des DRH. Parmi les entreprises ayant dressé un plan d'évaluation des risques professionnels (83 % dans les entreprises de plus de cinquante salariés, 50 % dans les petites entreprises de l'échantillon interrogé), la moitié des grandes entreprises et le tiers des petites entreprises y ont intégré les substances psychoactives. Compte tenu du poids écrasant des petites entreprises dans le marché des entreprises en France, ces résultats traduisent néanmoins des écarts considérables.

Mais, au-delà des préoccupations légales, les substances addictives sont une réalité vécue pour certains chefs d'entreprise. Si l'usage du cannabis dans l'entreprise demeure encore limité (14 % des DRH d'entreprises de plus de cinquante salariés et 7 % des dirigeants de petites entreprises ont déjà été confrontés à ce problème), en revanche, six dirigeants sur dix d'entreprises

de plus de cinquante salariés (62 %) ont déjà connu un problème d'alcool, et plus du tiers (38 %) dans les douze derniers mois. Le secteur public se distingue particulièrement : plus des trois quarts des responsables interrogés déclarent, en effet, avoir rencontré un problème, 50 % dans les douze derniers mois. Dans les petites entreprises de moins de cinquante salariés, la prévalence déclarée des problèmes d'alcool n'est que de 18 % et de 8 % au cours de douze derniers mois.

La majorité des responsables confrontés à une situation d'addiction dans leur entreprise se déclare démunie : 45 % en ce qui concerne les problèmes d'alcool, 56 % face à un usage de cannabis (chiffres sur les DRH de plus cinquante de salariés).

En ce qui concerne l'alcool et ses conséquences au sein de l'entreprise, trois quarts (74 %) des dirigeants soulignent une baisse dans la qualité du travail, deux tiers (65 %) des problèmes d'absentéisme et 59 % des situations conflictuelles (Figure 2).

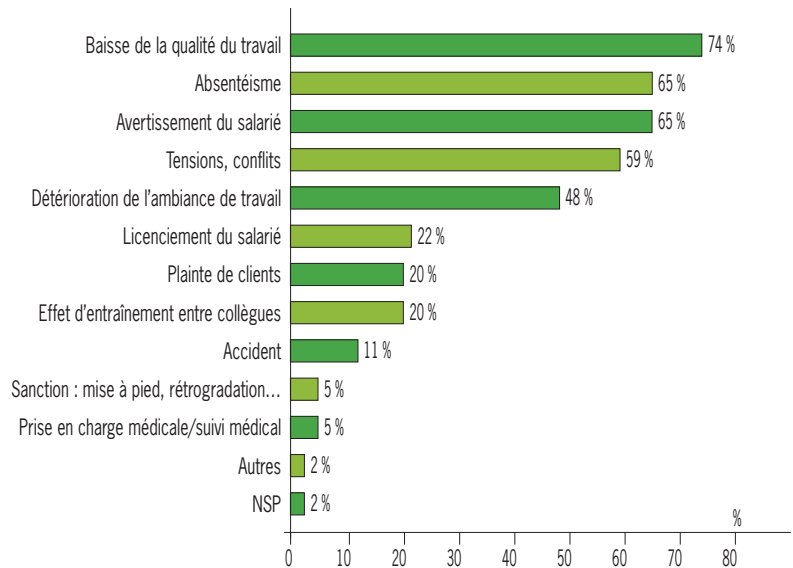
La recherche du dialogue avec le salarié est la situation privilégiée par 83 % des chefs d'entreprises ; 68 % font appel au médecin du travail et 58 % aux représentants du personnel. Les sanctions ne sont toutefois pas exclues, l'avertissement est mentionné dans plus de la moitié des cas (58 à 65 %) et 25 % des dirigeants déclarent avoir été amenés à prononcer un licenciement (Figure 3).

Qu'il soit sollicité par le DRH ou qu'il intervienne de lui-même, le médecin du travail demeure l'un des interlocuteurs privilégiés ; son intervention est citée dans 72 % des cas où l'entreprise a rencontré un problème d'alcool avec un salarié. Lors de leur dernière visite annuelle, 30 % des salariés déclarent avoir été interpellés par le médecin du travail sur leur consommation d'alcool (53 % sur leur consommation de tabac et 15 % sur l'usage de drogues).

La prévention : des actions émergentes

De façon spontanée, sans autre précision, trois entreprises de plus de cinquante salariés sur dix déclarent avoir mis en place des actions sur l'alcool (28 %) ou sur le tabac (29 %), 3 % des actions sur le cannabis, 5 % sur les autres

Figure 2. Conséquences de la prise d'alcool au sein de l'entreprise*



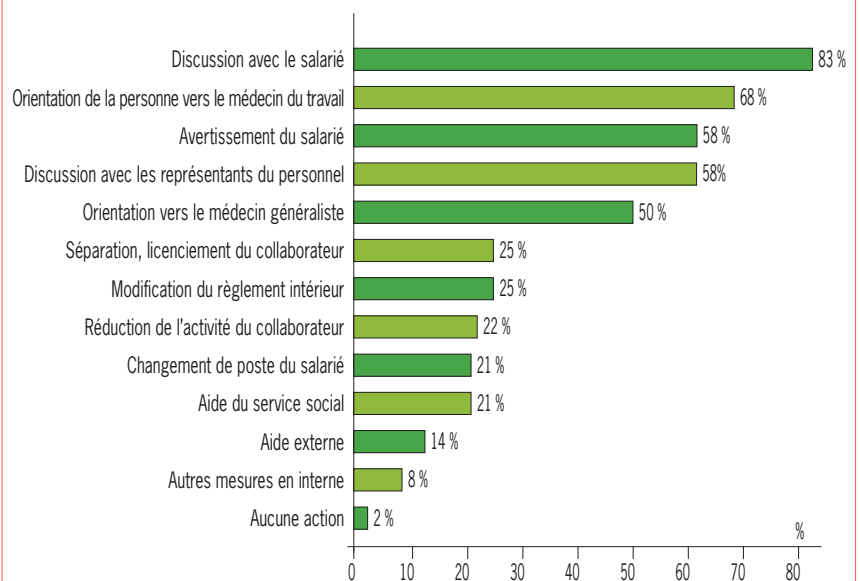
* Réponses multiples, entreprises ayant rencontré un problème d'alcool.

drogues. En ce qui concerne les plus petites entreprises, les actions sur le tabac dominent (15 %), suivies de celles sur l'alcool (8 %) et le cannabis (2 %).

De leur côté, 36 % des salariés déclarent avoir bénéficié d'actions de prévention ou de formation sur le tabac, 29 % sur l'alcool, 18 % sur le

cannabis, 15 % sur les autres drogues. En raison probablement de la législation et des risques d'accidents, le secteur des transports semble avoir pris des initiatives (65 % des salariés déclarent avoir bénéficié d'actions sur l'alcool, 54 % sur le tabac, 48 % pour le cannabis, 37 % pour les autres drogues), le secteur public semble égale-

Figure 3. Actions menées pour résoudre les problèmes d'alcool au sein de l'entreprise*



* Entreprises ayant rencontré un problème d'alcool.

Tableau 1. Personnes habilitées à traiter, au sein des entreprises, les questions de santé ou de sécurité liées à l'alcool, au tabac ou à la consommation de drogues (en pourcentage)

	Salariés	DRH (plus de 50 salariés)	DRH (moins de 50 salariés)
Le médecin du travail	75	87	76
Le comité d'hygiène et de sécurité ou le CHSCT	58	70	31
Le chef d'entreprise ou le responsable du personnel (DRH)	48	46	64
L'encadrement	NP	57	44
Des intervenants externes spécialisés	67	47	37
Les intervenants prévention risques professionnels (IPRP)	NP	43	39
Le réseau de sauveteurs, secouristes	NP	33	22
L'infirmière du travail	NP	25	27
Des salariés	39	38	NP
Les anciens alcooliques, les anciens fumeurs	3	NP	NP
Services sociaux, assistante sociale	1	26	30
Le médecin traitant, médecin généraliste	1	26	30
Autre	2	5	3
Aucune personne	2	NP	NP
NSP	2	0	0

Remarque : les deux enquêtes n'avaient pas une liste identique ; l'enquête DRH proposait une liste plus détaillée des intervenants au sein de l'entreprise ; NP signifie non précisé.

ment plus vigilant sur ces questions ; le secteur de la construction est, en revanche, encore très peu mobilisé.

Les entreprises qui ont initié des actions de prévention sur les addictions ont, dans près de sept cas sur dix, fait porter leurs actions sur une sensibilisation du personnel et une mise à jour du règlement intérieur. La formation des représentants du personnel ou le partenariat avec les CHSCT n'est évoquée que dans moins de quatre cas sur dix (40 % dans le cas des actions tabac, 34 % pour les actions alcool, 33 % pour le cannabis et autres drogues).

En ce qui concerne les interlocuteurs qui pourraient être habilités à traiter les questions de santé ou de sécurité sur les produits psychoactifs dans l'entreprise, le médecin du travail est à nouveau plébiscité, devant le CHSCT (*Tableau 1*). Le recours à des intervenants externes spécialisés est davantage mentionné par les salariés (67 %) que par les DRH (47 % et 37 %). Pour autant, il convient de souligner que seul le tiers des salariés souhaiterait obtenir des informations sur les substances addictives dans le cadre de leur entreprise.

Ces résultats illustrent la complexité de la prévention des substances addic-

tives dans l'entreprise. De la responsabilité sociale des chefs d'entreprise au sentiment d'être démunis face aux problèmes, quelle est la place pour la prévention primaire ? Rappelons que, même si les occasions de consommer de l'alcool en milieu de travail restent limitées, elles suscitent néanmoins l'appétence d'un certain nombre de buveurs, dépassant les seuils de risques. Salariés et DRH s'accordent sur les conséquences de l'usage de l'alcool dans l'entreprise : un levier pour les actions de prévention ? À l'évidence, il est nécessaire que les plans de prévention dépassent les approches réglementaires pour faire de la question de l'alcool et des autres substances psychoactives dans l'entreprise une véritable question de santé publique et de santé au travail. Les déterminants collectifs et du travail ont autant à être interrogés que les déterminants individuels. L'enjeu de la prévention passe par la mise en question, en débat et en action de la place des substances addictives dans l'espace social de l'entreprise : une responsabilité à partager collectivement avec l'ensemble des parties prenantes.

Colette Ménard

Psychosociologue, direction des affaires scientifiques de l'INPES.

► Références des études

- (1) Fontaine A., Fontana C. *Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*. Saint-Denis-La-Plaine : OFDT, coll. Focus-Consommateurs et conséquences, 2003 : 166 p.
- (2) Harzo C., Jeannin J.P., Arnaud C., Bonnal V., Prevert H., Vallette J.-F. *Alcool et travail. Une enquête auprès d'entreprises de la région Rhône-Alpes*. Étude financée par la Ddass du Rhône et la Drass Rhône-Alpes, la CPAM de Lyon, l'Urcam et la région Rhône-Alpes. Lyon : Observatoire social de Lyon 2003 : 44 p.
- (3) Lutz G., Arnaud C., Bonnal V., Prévert, H., Valette J.-F., *Le risque Alcool dans les PME/PMI. Rapport de l'enquête « Santé, sécurité, alcool au travail » auprès des PME/PMI de Midi-Pyrénées*. Étude réalisée avec le soutien de la Drass Midi-Pyrénées, l'Urcam et l'Assurance Maladie des caisses Midi-Pyrénées. Toulouse : Anpa, 2004 : 72 p.

Consulter également : Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 29^e congrès de médecine et santé au travail. Lyon, 30 mai-2 juin 2006. Communications du mercredi 31 mai 2006 sur Substances addictives en entreprises et Transports et travail. Paris : Masson, vol. 67, mai 2006 : 203-46.

Entretien avec Jean-Paul Jeannin, addictologue et formateur

« Travailler sur le management, l'aide et la prévention »

Comment prévenir le risque alcool en entreprise ? Jean-Paul Jeannin, consultant alcoologue-addictologue et formateur, intervient dans les entreprises pour monter des plans de prévention. Il souligne l'importance de mener une action globale sur le management, l'aide aux salariés en difficulté et la prévention primaire. Il pointe le risque de plans centrés sur le seul volet répressif et insiste sur l'intérêt pour l'entreprise de lancer une initiative, même modeste, sur cette problématique. Changer la culture alcool dans une entreprise requiert du temps.

La Santé de l'homme : Que pensez-vous des résultats des enquêtes présentées dans l'article ci-dessus ?

Jean-Paul Jeannin¹ : Ils sont intéressants et traduisent certains constats que je fais sur le terrain en tant qu'alcoologue. Mais, comme il s'agit d'enquêtes « déclaratives », je constate un décalage entre les opinions « politiquement correctes » affichées et la réalité. Par exemple, j'observe tous les jours que les opinions des directeurs des ressources humaines (DRH) ne sont pas aussi homogènes ; ils ont d'une entreprise à l'autre des positions bien différentes sur l'alcool. Je rejoins totalement l'enquête sur le fait que ce sont les DRH qui sont les moteurs et ont souvent la conscience

la plus forte de la problématique alcool dans l'entreprise. Contrairement à ce que montre l'enquête, je ne constate pas la même conscience chez l'ensemble des salariés. Enfin, la conclusion de l'enquête me paraît plutôt optimiste, toujours au regard de ce que j'observe sur le terrain.

S. H. : Parlons de votre pratique. Constatez-vous des divergences au sein des équipes dirigeantes des entreprises sur ce sujet ?

Le DRH est, en règle générale, plus « préventif » ; il peut y avoir des tensions avec la direction car il doit souvent faire face à la culture alcool de son entreprise et des différents services (production, commercial, etc.). Je constate également

d'importants écarts entre les DRH et l'encadrement de proximité, comme les chefs d'équipe ; ces derniers partagent souvent la même culture que les salariés, ils sont mal à l'aise pour appliquer une politique plus exigeante vis-à-vis de l'alcool, par exemple la suppression des pots ou la circulation de boissons alcooliques. Si les encadrants de proximité appliquent strictement ces mesures, ils se mettent parfois en difficulté et peuvent perdre le contact avec leurs équipes.

S. H. : Comment amorcer une démarche concernant l'alcool en entreprise ?

Il faut prendre en compte une triple équation : conserver la convivialité, respecter le code du travail et tendre vers le plus haut niveau de sécurité possible. J'ai rarement vu une entreprise mettre en œuvre un changement durable et en profondeur sans que soient réunies les conditions suivantes.

1. Définir une politique en y associant le comité d'hygiène et sécurité et conditions de travail (CHSCT), les représentants du personnel et les syndicats ;
2. Mettre en place un dispositif à trois volets :

- le management, ce qui renvoie, entre autres, au cadre légal ;
- l'aide pour les salariés qui sont en difficulté avec l'alcool ou un autre produit ;
- la prévention primaire.

Ces trois volets constituent la démarche de gestion du risque alcool.

S. H. : Quel intérêt l'entreprise a-t-elle à faire de la prévention primaire ?

Pour l'entreprise, l'alcool représente un enchevêtrement de risques à plusieurs niveaux :

– un premier risque : *le risque sécurité*, car la consommation d'alcool génère un risque avant même les 0,3 g/l, selon les travaux de Inglais et Dessanti ; ensuite, le risque double quand on parvient à 0,5 ou 0,6, puis le risque est multiplié par 10 à 0,80 ;

– un deuxième risque : *le risque juridique* : au regard du risque sécurité, la loi (code de la route) fixe à 0,2 g/l, soit un verre (« dose bistrot »), le taux d'alcoolémie maximal pour le conducteur de transport en commun (2003). Par ailleurs, la justice est de plus en plus sévère quand survient un accident et qu'une entreprise a enfreint la loi ;

– un troisième risque, *le risque santé* : il existe une possible altération de la santé du salarié lui-même, selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé sur l'alcool (au-delà de trois verres par jour pour un homme et deux pour une femme), et plus généralement du fait de la surconsommation de médicaments psychoactifs, voire la consommation de drogues illicites. Comme Michel Hautefeuille, Philippe Davézies et beaucoup de médecins du travail, je constate une intensification du travail dans les entreprises, ce qui accroît la pression, la charge mentale sur les salariés et peut favoriser le recours aux substances psychoactives, alcool en tête. Chez certains cadres supérieurs pressurés du milieu des banques ou de la création, la cocaïne, les amphétamines et l'alcool peuvent constituer un recours face aux journées de douze heures. Michel Hautefeuille, qui parle de « dopage », compare le travail, dans ses formes actuelles, à un sport de haute compétition ! ;

– le quatrième risque est *le risque qualité*, car la consommation de boissons alcooliques amoindrit la productivité et la finesse du travail.

Au-delà, on relève encore d'autres risques pour le salarié – et donc pour l'entreprise qui l'emploie – comme le risque de potentialisation médicaments psychotropes/alcool, ou solvants organiques/alcool (risques de troubles divers et d'ivresse, même avec peu d'alcool).

S. H. : Comment travailler sur l'ensemble de ces risques ?

Avant tout je crois aux valeurs d'exemplarité et de cohérence des directions : la main gauche ne peut pas ignorer ce que fait la main droite, un directeur qui nous reçoit pour instaurer une démarche alcool dans son entreprise et nous propose à l'apéritif une boisson alcoolique illégale au regard de l'article L 232-2 du code du travail (c'est rare, mais ça existe), produit une confusion extrême en émettant de tels signaux dans l'entreprise. Le minimum : ne pas être en contradiction avec ce que l'on préconise, c'est une règle du management de base. Tout dépend, la plupart du temps, de l'équipe de direction, c'est elle qui donne l'impulsion ; si elle porte haut et fort les valeurs de la démarche (exemplarité – cohérence – équité, etc.), cette démarche a des chances de progresser.

S. H. : Qui prend l'initiative d'une telle démarche ?

Le directeur ou le DRH, le médecin du travail, l'infirmière ou l'assistante sociale, éventuellement un membre du CHSCT. Si la demande émane d'un corps intermédiaire, elle doit, à un moment ou un autre, être réappropriée par la direction de l'entreprise. Autrefois la plupart des actions de prévention étaient impulsées par des corps intermédiaires – personnel social, médical – ou par les directions en réaction à la survenue d'un accident. Depuis quelques années, c'est

davantage la direction des entreprises qui prend l'initiative, pour se prémunir du risque juridique en particulier.

S. H. : Quel dispositif de gestion des risques alcool-drogues préconisez-vous ?

Je suggère un dispositif global incluant les trois volets management/ aide/ prévention primaire, ensuite chaque entreprise adapte ce cadre théorique à sa propre réalité. Concrètement : – la première étape est de réunir les acteurs intéressés : direction, CHSCT, délégués du personnel, médecin du travail et tous les autres acteurs pertinents. L'entreprise peut ainsi dresser un prédiagnostic de la situation, ouvrir un espace de dialogue social sur le sujet et élaborer ensuite son dispositif. Le principal danger est que l'entreprise – cela arrive – passe sous silence les deux volets aide/prévention pour ne retenir que le volet législatif répressif ;

– deuxième étape : après décision de la direction, l'entreprise constitue un groupe pluriel qui réunit les mêmes acteurs (personnel médico-social, direction, CHSCT, délégués du personnel). C'est ce groupe ressource qui va proposer des axes de politique et une stratégie opérationnelle à la direction de l'entreprise, grâce à une formation spécifique ;

– troisième étape : une fois les grandes orientations arrêtées par la direction, cette dernière doit communiquer, présenter sa politique et les outils qui l'accompagnent ;

– quatrième étape : l'entreprise met en place son dispositif opérationnel, basé sur les trois volets management/aide/prévention.

S. H. : Comment vont se mettre en place ces trois volets management/aide/prévention ?

Pour le volet management, en général une « commission loi » va travailler sur les outils : la partie du règlement intérieur concernant l'usage des substances psychoactives, la procédure de gestion des crises. Ensuite, il faudra envisager une formation à l'usage de ces outils pour tout l'encadrement.

Pour le volet aide, le personnel médico-social – médecin du travail, infirmière, assistante sociale – constitue le noyau central ; en complément, mais dans un autre registre, les membres du CHSCT ont également un rôle à jouer. Dans de trop rares entreprises, ce dispositif est complété par un réseau ou « groupe d'aide » dont peuvent faire partie des membres du CHSCT et des salariés alcoolodépendants stabilisés. Ce soutien est extrêmement important et fonctionne bien lorsqu'il existe. C'est un outil efficace mais rarissime dans les entreprises. En général, les membres de ce groupe reçoivent une formation à la relation d'aide et ils sont connus dans l'entreprise, via par exemple un prospectus déposé dans la salle d'attente du médecin du travail. Ils peuvent aussi jouer un rôle de médiateur qui débordent largement le cadre de la consommation d'alcool ou de substances psychoactives.

Enfin, le troisième volet, celui de la prévention primaire, est mis en œuvre par un groupe de prévention qui réunit les mêmes types d'acteurs autour d'un noyau central constitué des membres du CHSCT et du personnel médico-social. Un tel groupe doit être fortement soutenu par la direction et tout l'encadrement, et doit être représentatif de l'entreprise, par hiérarchie et par métiers. C'est ce groupe qui sensibilisera en aval le personnel. Pour le constituer, il faut choisir des personnes ayant un positionnement équilibré : ni abolitionnistes, ni pro-alcool débridés. Ce groupe de prévention va, dans le cadre d'une formation-action, élaborer le plan permanent de prévention primaire à soumettre à la direction.

S. H. : Quels sont les principaux écueils à contourner ?

Le premier, pour l'entreprise, est de ne retenir que le volet répressif malgré un plan global initial. L'entreprise peut aussi peiner à trouver les acteurs du dispositif de gestion du risque alcool malgré une démarche sincère. Autre écueil fréquemment rencontré, compte tenu du temps pour installer un tel dispositif, toute rotation de l'encadrement peut mettre en péril la progression. Le moment du lancement d'une telle démarche doit retenir l'attention si l'entreprise est en phase de restructuration (ou plus généralement en crise), et que la pression s'accroît sur les salariés ; dans ce cas, c'est une charge supplémentaire pour eux. Or, on sait bien que l'usage des produits psychoactifs peut être une réponse à cet accroissement de la charge mentale. Souvent, la mise en place d'une démarche de gestion des risques alcool sert de révélateur à d'autres problèmes présents dans l'entreprise, ce que le docteur François Gonet résume ainsi : « *L'entreprise boit là où elle a mal* ».

S. H. : Combien de temps faut-il pour installer ainsi un changement de culture dans une entreprise ?

Il ne faut surtout pas attendre de résultats immédiats, visibles et quantifiables. Mais dès qu'une entreprise se lance dans une telle démarche, même imparfaite, même si elle arrête ensuite puis reprend cette démarche, les premiers efforts serviront pour la suite. On peut parler de « spirale positive », d'un effet de processus ; c'est un peu comme un alcoolodépendant qui, après un soin, se réalcoolise : la progression vers un nouvel équilibre peut même se faire à partir d'étapes interrompues (ressenties à tort comme des échecs). Chaque expérience, accompagnée, peut se capitaliser pour la suite.

Propos recueillis par **Y. G.**

1. Jean-Paul Jeannin est auteur de l'ouvrage, avec la collaboration de Jean-François Vallette et Christian Harzo, « Gérer le risque alcool au travail ». Lyon : éditions Chronique sociale, coll. Savoir communiquer, 2003 : 392 p.

Contact : arcomjpi@noos.fr – www.arcomformation.com – www.sosreseaux.com

équilibres

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr

équilibres
LA LETTRE DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

Actualité Après 55 ans... bien manger pour rester en forme !

Actualité Une campagne de communication

Actualité Un guide pour les adolescents

Actualité Un livret pour les professionnels

2005 Sexualité et adolescence : informer sans déformer

2005 Prévenir les risques d'incendie et d'intoxication

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

inpes

www.inpes.sante.fr

Alcool, grossesse et santé des femmes

Liliane Dupont, Anne Dassonville, Geneviève Cresson



Ce document est l'aboutissement d'une recherche-action de quatre ans menée en région Nord-Pas-de-Calais dans le cadre du Programme régional de santé (PRS) « Conduites de consommation à risque ». Il est le résultat d'un travail multidisciplinaire centré sur les conséquences de l'alcoolisation fœtale.

Il décrypte, dans une première partie, l'expérience que les femmes ont de la grossesse et de la consommation de produits dangereux pour le fœtus, s'intéresse aux représentations médicales des femmes alcooliques et explore le rôle de la violence dans la consommation d'alcool. Un état des lieux des données épidémiologiques et des recommandations concernant le Syndrome d'alcoolisation fœtal (Saf) est dressé. Quelques cas cliniques permettent ensuite d'illustrer la question de la prise en charge, de l'accompagnement et de la prévention. Une partie est consacrée à la communication sur le Saf et au travail en réseau.

Le dernier chapitre aborde la place faite aux usagers cible des préoccupations des intervenants de la recherche-action et les problèmes d'éthique.

Olivier Delmer

Lille : Anpaa 59, décembre 2005, 160 pages, 10 €.

Les comportements à risque

Patrick Peretti-Watel



Chaque numéro de la revue *Problèmes politiques et sociaux* se présente comme un dossier de 120 pages sur un grand thème d'actualité. Il est constitué d'une sélection de documents : extraits d'articles, d'ouvrages de sources françaises et étrangères (ces dernières traduites en français). Cet ensemble de textes est précédé d'une introduction générale et d'un glossaire, et suivi d'annexes et d'une bibliographie complémentaire organisée de façon thématique.

Le présent numéro regroupe des analyses sur les phénomènes hétéroclites regroupés sous le vocable de comportements à risque : de l'usage de drogues illicites aux violences interpersonnelles en passant par les imprudences au volant, l'étiquette "à risque" désigne également les lieux et populations associés à ces comportements. Cette notion, forme de médicalisation de la déviance, n'est pas neutre et est généralement porteuse d'un jugement moral potentiellement stigmatisant. Au plan scientifique, l'utilisation

abondante du paradigme épidémiologique dans la littérature savante en santé publique privilégie, selon Patrick Peretti-Watel, la quantification aux dépens de la compréhension des conduites étiquetées "à risque". C'est à cette compréhension que contribue ce dossier en analysant notamment comment les individus justifient leurs conduites à risque ou encore en explorant les prises de risque délibérées. Une analyse à ne pas négliger pour qui veut mettre en œuvre une prévention efficace.

O. D.

Problèmes politiques et sociaux, n° 919, décembre 2005, 9 €.

Education Santé

sommaire

n° 215 - septembre 2006

Initiatives

Mieux manger et mieux bouger en Communauté française

Une activité physique modérée peut prolonger la vie de trois à cinq ans

Cœur ados, une campagne de la Ligue Cardiaque Belge et de l'asbl Promotion Santé et Développement Durable

35 ans d'Infor-Drogues ! Faites sauter les pétards !

par Philippe Bastin et Antoine Boucher

Est-ce que ça vous chatouille ou est-ce que ça vous gratte ? Reprise de Knock

Promotion de la santé et approche critique de la consommation

par Philippe Mouyart et Emmanuella Lonardo

Cannabis : attention aux équations simplistes !

par Infor-Drogues

Religion, culture et sida

par Véronique Janzyk

Amour, sexe et musique

Législation IVG : menace sur nos valeurs démocratiques

Réflexions

Promotion de la santé ou promotion des ventes

par Claude Sterckx

Ottawa - Bangkok: un aller simple ?

par Carine Serano

Outil

Des idées qui ne manquent pas de souffle

Données

La consommation de tabac chez les jeunes diminue

Lu pour vous

L'hyperconsommation peut-elle faire notre bonheur ?

par Christian Léonard

Cigarette : le piège fatal

Education Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé - Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique. Pour l'étranger, l'abonnement coûte 60 € pour 2 ans (22 numéros).

Le paiement se fait uniquement par virement bancaire. L'inscription sera effective dès réception du formulaire d'abonnement disponible sur notre site à l'adresse

http://www.educationsante.be/es/new_sletter/inscription.php?page=abo ainsi que d'une preuve de paiement.

Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 :

<http://www.educationsante.be>

POURQUOI
c'est vous qui
avez peur
alors que c'est
moi qui suis
séropositif ?

LUTTONS CONTRE LA DISCRIMINATION DES PERSONNES SÉROPOSITIVES.

1^{er} décembre 2006, journée mondiale de lutte contre le SIDA.